

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**O AUTOCUIDADO DOS PSICÓLOGOS: ADAPTAÇÃO DA
SELF-CARE ASSESSMENT FOR PSYCHOLOGISTS SCALE (SCAP)
PARA PORTUGAL**

Maria Teresa Santos Coelho da Costa Reis

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
Secção de Psicologia Clínica e da Saúde
Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-Comportamental e Integrativa**

2020

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**O AUTOCUIDADO DOS PSICÓLOGOS: ADAPTAÇÃO DA
SELF-CARE ASSESSMENT FOR PSYCHOLOGISTS SCALE (SCAP)
PARA PORTUGAL**

Maria Teresa Santos Coelho da Costa Reis

**Dissertação orientada pela Professora Doutora Maria João Afonso
e co-orientada pela Professora Doutora Ana Catarina Nunes da Silva**

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde

Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-Comportamental e Integrativa

2020

Agradecimentos

À Professora Doutora Maria João Afonso, por todo o feedback e críticas construtivas ao longo de todo este período em que estive a escrever a tese. Quero também agradecer-lhe pela disponibilidade e amabilidade que demonstrou ao ajudar-me a compreender as análises estatísticas que no meu cérebro mais musical que matemático aparentavam ser um bicho de sete cabeças.

À Professora Doutora Ana Nunes da Silva também pelos seus feedbacks construtivos e constante motivação que me permitiram ir aperfeiçoando o meu trabalho, e por nos lembrar constantemente que este é um processo de aprendizagem, e que como tal, nada será perfeito, mas que servirá como motor para adquirirmos novos conhecimentos e competências.

À Dr^a. Dora Matias, a minha querida supervisora do local de estágio. Obrigada pelas suas sábias palavras sempre carregadas de muita motivação e confiança. Por vezes é preciso termos alguém que confia e acredita tanto nas nossas capacidades e recursos para que as consigamos ver na realidade e colocá-las em prática nas nossas vidas. As suas espontâneas mensagens de motivação inspiraram-me sempre de forma a concluir este trabalho da melhor forma, lembrando-me sempre de cuidar de me também. Estou-lhe eternamente grata por ter sido, e ser para mim um modelo tão bom de profissionalismo e empatia.

À fraternidade beta, as minhas amigas de todo e para sempre. Obrigada pelas videochamadas diárias durante todos os meses em que estivemos isoladas em casa. Obrigada por me encorajarem a continuar sempre que eu já estava pronta a atirar os artigos todos pela janela, e por todos os nossos jantares, agora semanais, que me permitiram relaxar um pouco e manter-me mais focada. Com vocês, espero que seja sempre assim. Obrigada por todo o apoio incondicional! Sem vocês teria sido impossível!

À Ana, por me ter levado para o Alentejo onde sou sempre tratada como uma irmã, filha, sobrinha e neta. Há lugares no mundo onde podemos respirar melhor, a casa dos Bettencourt será sempre um desses lugares para mim.

À Pi, a minha amiga mais querida que me ensinou a ser tanto ao longo destes 5 anos de curso. Obrigada por me ensinares a ser nada mais do que eu própria. Obrigada por esta nossa amizade bonita e tão verdadeira.

Ao Dr. Pedro por ter sido incansável relativamente à minha motivação, e por nunca me ter deixado desistir. Obrigada!

À minha colega Inês, que passou comigo todos os altos e baixos que fazem parte deste último ano do mestrado. Ainda bem que passámos por isto tudo juntas e que nos ajudámos. Longas foram as videochamadas e longas foram as horas de trabalho, mas já chegámos! Finalmente!

Quero agradecer aos meus queridos avós Pedro e Margarida. Agradecer em primeiro lugar o facto de terem construído uma casa de família muito especial, onde eu pude estar isolada e concentrada a escrever esta tese, e também passear pelo jardim e ouvir todos os pássaros que por lá andavam. Agradecer ao avô Pedro que, apesar de já não cá estar, foi e sempre será para mim um exemplo de bondade, honestidade e dedicação. Ensinou-me que temos de trabalhar para chegarmos onde queremos, e que nada é impossível. À minha querida avó, muito obrigado por ir a Santarém fazer-me companhia e trazer-me legumes e coisas boas para comermos juntas. Obrigada por apreciar e celebrar comigo as etapas que fui superando, e por estar sempre interessada em saber quais são os próximos desafios em que me vou lançar, sejam eles relacionados com a psicologia ou com a música.

Aos psicólogos que disponibilizaram algum tempo para colaborar neste estudo. Sem a vossa participação, este estudo não existiria. Obrigada!

Resumo

Na prática da psicologia clínica, emerge cada vez mais a preocupação com o autocuidado do psicólogo clínico, uma vez que o psicólogo é a ferramenta de trabalho utilizada para ajudar os seus pacientes com o seu próprio autocuidado. Desta forma, o presente estudo teve por objetivo a tradução, adaptação e estudo psicométrico da medida de avaliação de autocuidado "*Self-Care Assessment for Psychologists Scale*" (Dorociak et al., 2017) para Portugal. O processo de adaptação transcultural do instrumento realizou-se através de uma tradução seguida da retrotradução dos itens. Foi recolhida uma amostra total de 87 psicólogos clínicos. As análises fatoriais realizadas revelaram que a Escala de Avaliação do Autocuidado para Psicólogos (EAAP) apresentou propriedades psicométricas robustas, mantendo uma estrutura fatorial adequada de cinco fatores (Apoio Profissional, Desenvolvimento Profissional, Equilíbrio de vida, Estratégias Cognitivas e Equilíbrio Diário), uma boa consistência interna e uma discriminação dos itens satisfatória. Verificou-se que o envolvimento dos psicólogos em estratégias de autocuidado se encontrou associado a níveis elevados de bem-estar psicológico e a níveis baixos de stresse percebido. Não se observaram diferenças significativas relativamente ao autocuidado, ao bem-estar psicológico e ao stresse percebido entre os psicólogos clínicos que frequentam e não frequentam supervisão. Também não foram encontradas diferenças significativas relativamente aos anos de experiência dos psicólogos clínicos, ao nível do stresse percebido, do autocuidado e do bem-estar psicológico.

Palavras-Chave: Autocuidado; Avaliação do autocuidado; Bem-estar Psicológico; Stresse; psicólogo clínico

Abstract

In the practice of clinical psychology, the concern with the self-care of the clinical psychologist is increasing, since the psychologist himself is the working tool used to help his patients. Thus, this study aimed to translate, adapt and psychometric study the self-care assessment measure "Self-Care Assessment for Psychologists Scale" (Dorociak et al., 2017) for Portugal. The process of cross-cultural adaptation of the instrument was carried out through a translation followed by the retrotranslation of the items. A total sample of 87 clinical psychologists was collected. The factorial analyses performed revealed that EAAP presented robust psychometric properties, maintaining an adequate factorial structure of five factors (Professional Support, Professional Development, Life Balance, Cognitive Strategies and Daily Balance), a good internal consistency and a satisfactory item discrimination. It was found that the involvement of psychologists in self-care strategies was associated with high levels of psychological well-being and low levels of perceived stress. No significant differences were observed between clinical psychologists who attend supervision and those who do not, at the level of self-care, psychological well-being, and perceived stress. No significant differences were found between the years of experience of clinical psychologists at the level of perceived stress and self-care.

Keywords: Self-care; Self-care assessment; Psychological Well-being; Stress; clinical psychologist

Índice

ENQUADRAMENTO TEÓRICO	1
O AUTOCUIDADO COMO CONSTRUTO	1
IMPORTÂNCIA DO AUTOCUIDADO NA PRÁTICA DA PSICOLOGIA CLÍNICA	4
BEM-ESTAR PSICOLÓGICO	8
STRESSE	9
NECESSIDADE DE MEDIDAS DE AUTOCUIDADO	10
OBJETIVOS E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO	12
MÉTODO	13
INSTRUMENTOS	13
CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	16
PROCEDIMENTO	17
RESULTADOS	18
1. ESTUDO METROLÓGICO DA EAAP	18
1.1. PRECISÃO E ANÁLISE DE ITENS	18
1.2. ESTUDOS DE VALIDAÇÃO	21
DISCUSSÃO DE RESULTADOS	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
ANEXOS	38
ANEXO A: E-MAIL CONVITE ENVIADO ÀS INSTITUIÇÕES/ASSOCIAÇÕES DE PSICOTERAPIA	38
ANEXO B: CONSENTIMENTO INFORMADO (<i>ONLINE</i>)	41
ANEXO C: QUADRO C1 – CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES	42
ANEXO D: ESCALA DE AVALIAÇÃO DE AUTOCUIDADO PARA PSICÓLOGOS (EAAP)	43
ANEXO E: QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	45
ANEXO F: ESCALA DE BEM-ESTAR PSICOLÓGICO (EBEP)	46
ANEXO G: ESCALA DE STRESSE PERCEBIDO (PSS-10)	48
ANEXO H: CORRELAÇÕES INTER-ITEM DAS CINCO ESCALAS DA EAAP	50
ANEXO I: GRÁFICO DE <i>SCREE PLOT</i> DA EAAP	52

“Great things are done by a series of small things brought together.”

Vincent Van Gogh

Enquadramento teórico

O autocuidado como construto

A investigação sobre o autocuidado tem vindo a apresentar diversidade de definições. Godfrey et al. (2011), através de uma revisão de literatura, analisaram a evolução do constructo do autocuidado e assinalaram a existência de diferentes perspetivas ao longo de quatro décadas. Deste trabalho, surgiram também aspetos comuns e transversais às diferentes definições. As tentativas de definição do autocuidado começam por ter inicialmente um carácter breve e centralizado na sua relação com a saúde ou doença, desenvolvendo-se mais tarde para definições onde já são englobados outros aspetos, como a promoção e aumento da saúde e bem-estar, o tratamento de doenças e a restauração da saúde (Godfrey et al., 2011).

Originalmente relacionado com o movimento dos 12 passos, o construto do autocuidado tem sido adotado pelos psicólogos e outros profissionais de saúde, sendo conceptualizado enquanto a prática de uma rotina positiva que integra uma consciência e atenção de um indivíduo para o seu estado físico, emocional, relacional e espiritual em ambos os contextos pessoal e profissional. A prática diária do autocuidado na rotina do psicólogo foca-se em atividades e estratégias que visam estabelecer e manter o bem-estar, e que são utilizadas enquanto mecanismos de *coping* eficazes e adequados para a gestão e minimização dos riscos associados à profissão (Wise & Barnett, 2016). Desta forma, o autocuidado é um construto genérico e individual, em oposição à utilização de técnicas específicas, uma vez que é diferente para cada indivíduo, e que não existe uma única estratégia que só por si garanta a eliminação de riscos da profissão como, por exemplo, o *distress* (Wise & Barnett, 2016; Norcross & VandenBos, 2018).

Na mesma linha de raciocínio, Godfrey et al. (2011) definem o autocuidado como um conjunto de atividades, realizadas ao longo de toda a vida, que atuam ao nível da promoção da saúde física, mental e emocional e da prevenção da doença. Acrescentam que estas atividades são realizadas pelo indivíduo com o objetivo de beneficiar o próprio, a sua família, a comunidade, abrangendo também o cuidado pelo outro. O autocuidado pode ser realizado em colaboração com outros profissionais de saúde, incluindo o recurso ao apoio social e a resposta às necessidades sociais e psicológicas do indivíduo que o pratica (Godfrey et al., 2011).

A prática da psicologia clínica é por natureza o cuidar do outro. Dados os riscos e stressores inerentes à profissão, encontramos na literatura científica abordagens ao construto do autocuidado direcionadas para o âmbito da psicologia clínica, e com o objetivo de beneficiar a sua prática e aqueles a quem a ela recorrem (Norcross, 2000; Skovholt, et al., 2001; Barnett & Cooper, 2009; Walsh, 2011; Myers et al., 2012; Dorociak, et al., 2017).

De acordo com a premissa de que o autocuidado corresponde a um padrão complexo, diversificado e idiossincrático de princípios e estratégias em oposição a técnicas específicas (Norcross & Guy, 2007, p. 10), alguns autores estudaram quais as estratégias mais utilizadas por psicólogos clínicos. Norcross (2000), apresenta um conjunto de 10 estratégias de autocuidado, sendo estas: o reconhecimento dos riscos da prática da psicologia clínica; um pensamento mais focado em estratégias ao invés de técnicas ou métodos; a autoconsciência e autolibertação; a abertura para diversas estratégias que tradicionalmente estão associadas a diferentes orientações teóricas; a utilização do controlo de estímulos e do contracondicionamento, quando for possível; o ênfase em que o psicólogo clínico é também ele humano, e que por isso enfrenta os mesmos desafios que todas as outras pessoas; a procura de terapia pessoal; o evitamento de pensamentos de atribuição de esperança e autoacusação; a diversificação nos variados contextos onde se insere; e a apreciação de recompensas e feedback positivo.

Uma outra abordagem, é a de Skovholt, et al. (2001), que também caracterizam o autocuidado enquanto um conjunto de estratégias. No âmbito profissional da psicologia clínica é referida a utilização de recursos como, por exemplo, a supervisão e o trabalho com colegas da profissão, para uma maximização do sucesso. No âmbito pessoal, os autores referem em primeiro lugar, a criação e manutenção individual por parte do psicólogo, de uma metodologia de desenvolvimento pessoal e profissional que prima pela aceitação de novas informações e de *feedback* sobre o seu desempenho. Seguidamente, o aumento da consciência sobre o seu desempenho profissional através, por exemplo, da introspeção, bem como a criação de um espaço de trabalho que promova o crescimento profissional. Igualmente importante, a minimização do sentimento de perda relativamente a pacientes que terminam o processo psicoterapêutico. Por último, afirmam a importância do foco num bem-estar equilibrado, através da prática de estratégias de autocuidado que atuam tanto ao nível profissional como pessoal (Skovholt et al., 2001).

Walsh (2011), defendendo a tese de que os psicólogos subestimam o impacto do estilo de vida na saúde mental, seja este negativo ou positivo, apresenta uma abordagem ao autocuidado através de mudanças de estilo de vida terapêuticas. Desta forma, apresenta um conjunto de mudanças que incluem a prática de exercício físico, uma nutrição e dieta saudáveis e equilibradas, tempo passado em contacto com a natureza, a existência de relações interpessoais positivas, a criação de tempo de recreação, tempo de relaxamento e gestão de stresse, o envolvimento religioso ou espiritual e o serviço aos outros. Explica que o conhecimento e utilização das mudanças de estilo de vida terapêuticas, contribui para que os psicólogos clínicos tenham uma maior flexibilidade e eficácia clínica, e consequentemente permite reduzir o impacto dos stressores inerentes à profissão. Há semelhança dos anteriores autores, Myers et al. (2012) apresentam o autocuidado enquanto a prática de comportamentos de manutenção e promoção do bem-estar físico e emocional, sendo alguns destes, por exemplo, o exercício físico, o recurso ao apoio social, a utilização de estratégias de regulação emocional, e a prática de *mindfulness*.

Para além das abordagens ao autocuidado enquanto um conjunto de estratégias, alguns autores acrescentam ao construto um carácter preventivo e uma natureza intencional. Barnett e Cooper (2009) abordam o autocuidado numa perspetiva preventiva, conceptualizando-o como a prática de um conjunto de atividades para as quais o objetivo final é o bom funcionamento do indivíduo, e que deverá ser considerada como uma competência essencial de um psicólogo. A utilização de estratégias de autocuidado positivas são diversas e vão desde o recurso à psicoterapia individual e/ou grupos de supervisão, até à prática de *mindfulness*, *tai chi* e meditação. Os autores consideram de extrema importância a consciencialização e educação dos estudantes de psicologia e dos próprios profissionais para o autocuidado, e enfatizam que estes devem estar atentos àqueles que poderão ser sinais de *burnout*, *distress*, etc. (Barnett & Cooper, 2009). Atribuindo intencionalidade ao construto, Dorociak, et al. (2017) afirmam o autocuidado enquanto um processo intencional que envolve a autorreflexão, a adaptação às necessidades individuais, experiências e valores pessoais. Acrescentam que este é um processo multidimensional e multifacetado que envolve as várias áreas da vida profissional e pessoal, e que tem como objetivo final a promoção de um funcionamento saudável e o aumento do bem-estar. Dado que a profissão do psicólogo clínico é dotada de uma grande carga emocional, as estratégias de autocuidado são tendencialmente focadas no bem-estar emocional e psicológico, sendo

algumas destas: a integração de comportamentos no reportório do indivíduo que contribuam para um equilíbrio entre a vida pessoal e profissional, como por exemplo atividades de lazer; o desenvolvimento de competências e recursos profissionais, através de, por exemplo, a constante atualização acerca do estado da ciência psicológica; o desenvolvimento de estratégias cognitivas adequadas para lidar com as exigências da profissão, como o recurso ao sentido de humor (Dorociak et al., 2017).

Norcross e VandenBos (2018) realizam a curiosa observação de que existem consideráveis semelhanças entre os psicólogos em relação ao seu autocuidado. Apesar dos psicólogos clínicos se regerem em relação aos seus pacientes segundo os princípios da sua orientação teórica, tal não acontece em relação ao seu autocuidado. No que diz respeito à sua própria saúde, recorrem a diferentes orientações teóricas de forma a complementarem e obterem mais conhecimentos e recursos. Os autores caracterizam o autocuidado dos psicólogos enquanto um padrão complexo composto por diferentes estratégias de carácter amplo, que representam um nível de abstração intermediário, entre técnicas concretas e quadros teóricos globais, e que toma em conta as diversas preferências individuais e recursos disponíveis.

A literatura tem dado ênfase ao carácter preventivo deste constructo, ao referir o autocuidado enquanto a prática mais importante na prevenção do *distress* e do *impairment*, sendo o segundo definido como o comprometimento de uma prática profissional competente (Smith & Moss, 2009). O autocuidado torna-se, assim, fundamental para a prevenção de problemáticas já conhecidas, e associadas, enquanto riscos, à prática da psicologia clínica.

Importância do autocuidado na prática da psicologia clínica

Na prática da psicologia clínica, emerge uma preocupação com o autocuidado do psicólogo clínico, uma vez que ele próprio é a ferramenta de trabalho (O'Connor, 2001) utilizada para ajudar os seus pacientes com o seu próprio autocuidado. Apesar de existirem estratégias de autocuidado requeridas pela própria Ordem, ou dentro de cada área da psicologia, tais como a supervisão e a psicoterapia pessoal ou desenvolvimento pessoal, estas podem não ser as suficientes para um bem-estar pleno e são muitas vezes circunscritas no tempo (Barnett & Cooper, 2009; Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2011).

Ao longo das várias décadas de investigação, são diversos os estudos que têm demonstrado e caracterizado a profissão de psicólogo clínico como envolvendo riscos. Barnett, et al. (2007) afirmam que face aos inúmeros desafios e stressores característicos da carreira de um psicólogo clínico, existe um maior risco de experiências de *distress*, *burnout*, traumatização vicariante e outros, podendo isto levar ao comprometimento do funcionamento profissional competente.

Adicionalmente, O'Connor (2001) sublinha que o contexto de trabalho clínico é muitas vezes limitado em termos de recursos e de controle sobre os resultados. Enfatiza também o isolamento profissional, e acrescenta que podem surgir casos nos quais os pacientes demonstrem comportamentos potencialmente assustadores e agressivos, em relação ao psicólogo clínico, que coloquem em risco a sua integridade física, emocional e até legal.

Para além dos riscos da profissão, o psicólogo clínico, enquanto indivíduo que é, poderá também trazer algumas vulnerabilidades decorrentes das suas experiências de vida. Num estudo realizado por Pope e Feldman-Summers (1992), 69.93% das psicólogas clínicas e 32.85% dos psicólogos clínicos, admitiram ter tido experiências de abuso físico ou sexual durante a infância. Adicionalmente, quando comparadas com mulheres de outras profissões, as profissionais que trabalhavam na área da saúde mental mencionaram mais experiências de abuso na infância, alcoolismo parental e disfunção familiar (Elliott & Guy, 1993). As motivações para a escolha desta área profissional são também elas, muitas vezes resultado de histórias de vida e antecedentes pessoais, que incluem em si vulnerabilidades. Tal resulta numa maior vulnerabilidade por parte dos trabalhadores de saúde mental para sofrerem de *distress* (O'Connor, 2001). Num inquérito a membros da *American Psychological Association* (APA), mais especificamente aos membros da divisão 17 (Sociedade de Psicologia de Aconselhamento), realizado por Gilroy et al. (2002), 62% dos psicólogos identificaram-se como deprimidos, e 42% admitiram já ter experienciado ideação suicida ou comportamentos suicidas.

Perante os riscos aos quais os psicólogos estão expostos desde o início até ao final da carreira, torna-se fundamental que estes adiram a práticas que assegurem o dever ético de estabelecerem e manterem a sua competência profissional (Johnson et al., 2014, p. 211). Os constantes avanços da investigação científica e conhecimentos característicos da área da psicologia, juntamente com a expansão do papel do psicólogo para outras funções (Neimeyer et al., 2012, p. 365), exigem uma rotina de autoavaliação e aumento dos conhecimentos e avanços científicos por parte dos psicólogos, de forma a que estes

não se tornem desatualizados, irrelevantes e ineficazes com o passar do tempo (Donovan & Ponce, 2009). Ao estudarem contributos essenciais para um desempenho competente e benéfico para os pacientes por parte dos psicólogos, Coster e Schwebel (1997) encontraram sete fatores principais: a autoconsciência e a automonitorização; a capacidade de preservar um equilíbrio entre a vida pessoal e profissional; os relacionamentos interpessoais, tais como com o esposo(a), um companheiro(a) ou a família; a realização de férias; os relacionamentos com amigos e a terapia pessoal.

De forma complementar, Wise, et al. (2012) consideram o autocuidado como sendo imperativo na vida de um psicólogo clínico, defendendo a existência de uma relação direta entre o autocuidado e a competência. Desta maneira, argumentam que para um psicólogo clínico ter um impacto benéfico nos seus pacientes, e uma boa capacidade de trabalho, é essencial que este tenha incorporado no seu dia-a-dia estratégias de autocuidado. Estratégias, como por exemplo a psicoterapia pessoal, vão não só permitir que o psicólogo clínico tenha ou ganhe uma melhor consciência sobre as suas vulnerabilidades, como irão contribuir para que compreenda que estas podem ser ferramentas fundamentais no trabalho com os seus pacientes. Apesar de as vulnerabilidades serem uma mais valia na compreensão e empatia relativamente ao outro, podem também ser uma fonte de stresse, podendo levar a graves problemáticas como, por exemplo, o *burnout*, a exaustão emocional, a ansiedade, etc., (Wise et al., 2012). Também Howard (2008) sublinha a importância de estratégias de autocuidado, nomeadamente a supervisão e o apoio dos colegas de trabalho, como tendo uma função essencial para a dissipação dos stressores relacionados com o trabalho.

Com o objetivo de enfatizar a importância do autocuidado na vida dos psicólogos, Briggs e Munley (2008) demonstraram que os pacientes são sensíveis à qualidade de vida do profissional fora do contexto terapêutico. Complementarmente, Nissen-Lie et al. (2013) conduziram um estudo sobre a relação entre as experiências pessoais dos psicólogos e a qualidade de seu trabalho profissional, onde demonstraram que a relação terapêutica é influenciada pela qualidade de vida do psicólogo. Assim, quanto maior e mais intensa é a experiência de *distress* do psicólogo, pior é a aliança terapêutica, e quanto maior o bem-estar e satisfação do profissional, melhor e mais profunda a aliança terapêutica (Nissen-Lie et al., 2013). Estar consciente sobre os fatores de risco que podem comprometer o bom funcionamento e competência profissional dos psicólogos, assegurar um estilo de vida saudável e a prática diária de comportamentos que promovem o bem-estar (DeAngelis, 2002) são passos importantes para uma prática profissional que

vai ao encontro do bem-estar daqueles que procuram a ajuda de um psicólogo clínico, e do código ético e deontológico que orienta a profissão do psicólogo clínico.

Para além das múltiplas linhas de investigação existentes sobre o autocuidado, também são diversos os códigos éticos e deontológicos que sublinham a importância que a prática do autocuidado tem na vida profissional e pessoal de cada psicólogo clínico. Desta forma, o autocuidado é perspectivado como um pré-requisito essencial para o cuidado do paciente, uma vez que se o próprio profissional não cuidar de si, não terá capacidade para ajudar os outros de forma competente (Norcross & VandenBos, 2018). O autocuidado deixa de ser algo do foro pessoal, para ser considerado um imperativo ético e moral que faz parte da responsabilidade profissional do psicólogo clínico (Barnett et al., 2006; Wise et al., 2012; Norcross & VandenBos, 2018).

Sendo a prática constante do autocuidado fundamental para que os psicólogos realizem um trabalho competente e benéfico para os seus pacientes, contribui também para que estes ajam na sua vida profissional em congruência com os códigos deontológicos que fornecem guias para a prática profissional da psicologia clínica. Temos como exemplo o caso do código deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011) e o da Associação Americana de Psicologia (2017) que reforçam a importância da consciência das idiossincrasias do psicólogo para que estas não interfiram negativamente no processo psicoterapêutico.

Adicionalmente, e para sublinhar a importância do autocuidado para uma prática competente, a Associação Americana de Psicologia redigiu o princípio 2.03, referindo que os “Os psicólogos realizam esforços contínuos para desenvolver e manter a sua competência.” (American Psychological Association, 2017, p. 5), e o princípio 2.06 (b) onde é afirmado que “Quando os psicólogos se tornam conscientes de problemas pessoais que possam interferir no desempenho adequado das tarefas profissionais, tomam medidas apropriadas, tais como obter consulta ou assistência profissional, e determinam se devem limitar, suspender ou terminar as suas tarefas profissionais.” (American Psychological Association, 2017, p. 5).

Torna-se assim evidente que o bem-estar dos psicólogos clínicos é fundamental para que estes possam realizar um trabalho competente e benéfico para os seus pacientes, usufruindo, ao mesmo tempo, de uma boa qualidade de vida. É de importância primária que estes pratiquem o autocuidado, uma vez que é uma ferramenta essencial para que tenham a capacidade de assumir, de uma perspetiva holística, a responsabilidade sobre a sua saúde e bem-estar, que tenha em conta tanto a vida pessoal

como a profissional (Lee & Miller, 2013). Sendo a psicologia clínica uma área que inclui variados fatores de risco, um autocuidado contínuo e consistente é considerado como um meio importante para a prevenção e/ou diminuição do stresse.

“O autocuidado não é uma indulgência. É um componente de prevenção essencial para o *distress*, o *burnout* ou o comprometimento da competência profissional. Não deve ser considerado como algo extra, ou bom para se fazer se tiver tempo, mas como uma parte essencial das nossas identidades profissionais” (Barnett, et al., 2006).

Bem-estar psicológico

O estudo do bem-estar na área da psicologia surge nos anos 60 devido às grandes transformações na sociedade características da época, e pela necessidade do desenvolvimento de indicadores sociais que permitissem avaliar a qualidade de vida (Machado & Bandeira, 2012).

Ryan e Deci (2001) apresentam o construto de bem-estar, como um estado no qual existe uma experiência e funcionamento psicológico ideais. Apesar da sua conceptualização à partida aparentar ser simples, tem-se demonstrado complexa e controversa, uma vez que a literatura sobre a temática se debate sobre o que define uma experiência ideal, e o que constitui uma boa vida. Consequentemente, este debate tem implicações tanto ao nível teórico como prático, uma vez que, a maneira como definimos o bem-estar irá influenciar as práticas dos indivíduos em diversas áreas da vida pessoal e profissional.

Partindo de um modelo tripartido, Novo (2005a) conceptualiza o bem-estar através da distinção de: bem-estar subjetivo, bem-estar social e bem-estar psicológico. O bem-estar subjetivo surge enquanto uma perspetiva individual e subjetiva na qual é privilegiada a dimensão emocional (Novo, 2005a). Nesta, a felicidade é considerada como o aspeto central do bem-estar, e como sendo a principal motivação na vida de cada ser humano. O modelo do bem-estar subjetivo foca-se na avaliação que uma pessoa realiza sobre a sua vida, baseando-se nas suas experiências emocionais, necessidades, valores, expectativas e crenças (Novo, 2005a). O bem-estar social, por outro lado, visa uma compreensão ao nível do funcionamento do indivíduo enquanto ser, que se relaciona com o domínio público e social, focando-se nas suas perceções acerca das

relações que estabelece com os outros, com a sociedade e com o ambiente (Novo, 2005a).

Introduzido por Ryff (1989), o bem-estar psicológico surge no enquadramento das teorias da psicologia do desenvolvimento, da psicologia clínica e da saúde mental. A partir da sua investigação nestas áreas, a autora constrói um modelo multidimensional que tem por base seis dimensões nucleares, identificadas como sendo convergentes de forma transversal na literatura. Estas seis dimensões são: *autoaceitação*, que consiste na aceitação do indivíduo relativamente a si mesmo e à sua vida; *relação positiva com os outros*, definida como uma relação que é sentida enquanto satisfatória para o próprio; *autonomia*, no sentido de existir resistência em relação a pressões sociais e padrões que não os do próprio; *domínio sobre o ambiente*, ou seja a capacidade de escolher ou criar ambientes apropriados e de os controlar; *propósito na vida*, baseado no sentimento de que existe um significado para a vida; e *crescimento pessoal*, caracterizado enquanto um processo de desenvolvimento contínuo, composto por sentimentos de realização pessoal e abertura a novas experiências (Rabelo & Néri, 2006). Neste caso, a felicidade não é o critério essencial do bem-estar, mas sim um componente que acompanha o desenvolvimento, e o funcionamento positivo, num conjunto de dimensões da vida, de um indivíduo, e de domínios de funcionamento (Novo, 2005b).

Devido às exigências inerentes ao trabalho psicológico, torna-se essencial garantir que o psicólogo clínico experiencie no seu dia a dia, seja este pessoal ou profissional, um bem-estar positivo que apenas é mantido através da prática constante do autocuidado. O bem-estar do psicólogo clínico é tão importante para o próprio como para os seus pacientes.

Stresse

A literatura acerca do stresse relacionado com o trabalho do psicólogo clínico, tem vindo a crescer ao longo das décadas. Vários são os autores que alertam para os vários stressores da profissão, e para a importância da implementação de estratégias de autocuidado regular para prevenir que os mesmos tenham consequências ao nível profissional (Barnett et al., 2007; Dorociak et al., 2017; Howard, 2008).

A experiência do stresse tem um carácter individual, e caracteriza-se por uma acentuada discrepância entre a quantidade de trabalho exigida a um profissional e as suas competências reais ou percecionadas para dar resposta a essas exigências (Burrows & Mcgrath, 2000). O stresse, é também demonstrado na literatura enquanto estando

mais presente em psicólogos que pertencem a uma faixa etária mais nova, sendo que estes já reportam experiências significativas de *burnout* e de exaustão emocional comparativamente aos mais velhos (Rupert et al., 2015).

A falta de mobilização de mecanismos de *coping* que sejam adequados e eficazes na diminuição do stresse pode ter consequências negativas, tanto para o psicólogo clínico, como para o seu paciente (Dorociak et al., 2017), uma vez que o primeiro se encontra numa posição onde a sua competência pode estar comprometida, o que pode resultar em consequências negativas para o processo psicoterapêutico e para o bem-estar do paciente. Uma resposta não adequada ao stresse poderá também levar ao *distress*, descrito por Barnett, et al. (2006) como uma reação ou estado subjetivo emocional experienciado em resposta a stressores, desafios, conflitos e exigências que estão presentes de forma contínua. Uma outra possível consequência poderá ser o *burnout*, definido como um síndrome psicológico de exaustão emocional e de despersonalização, no qual existe um sentimento de realização pessoal diminuído (Maslach, et al., 1996).

Uma vez que o stresse, numa perspetiva psicológica, centra-se na avaliação que o profissional realiza acerca das pressões a que está sujeito (Trigo, et al., 2010), a perceção deste irá ocorrer quando um indivíduo se encontra numa situação que é sentida como sendo demasiado exigente ou ameaçadora, e para a qual não dispõe de recursos adequados para uma resposta eficaz.

Necessidade de medidas de autocuidado

Para desenvolver investigação neste domínio, torna-se necessário dispor-se de instrumentos de avaliação do autocuidado. Tal desencadeou a motivação para o presente estudo, no qual irá ser traduzido e adaptado um instrumento de avaliação do autocuidado para psicólogos.

Apesar da temática do autocuidado na prática da psicologia clínica ser de extrema importância, a investigação ainda é reduzida, principalmente em Portugal. Aquando da pesquisa de literatura em plataformas como a EDS-EBSCO ou a B-ON, colocando os termos "autocuidado" & "psicólogos", deparamo-nos em Portugal com apenas algumas dissertações de mestrado (e.g., Barbosa, 2014; Mota, 2017; Ventura, 2018; Montenegro, 2019), acerca do autocuidado dos psicólogos, sendo que o resto consiste em investigação estrangeira. Enquanto noutros países já existem alguns estudos

sobre esta temática, inclusivamente a construção e adaptação de escalas de autocuidado, em Portugal existe uma notória escassez de investigação.

Até à data, em Portugal existem apenas duas escalas de medida de autocuidado, traduzidas e adaptadas, sendo estas: o Questionário de Autocuidado (versão original: Goncher et al., 2013; versão portuguesa: Montenegro, et al., 2019) e o Questionário de Ênfase no Autocuidado (versão original: Goncher et al., 2013; versão portuguesa: Montenegro, et al., 2019). A nível internacional, identifica-se ainda a “*Skovholt practitioner professional resiliency and self-care inventory*” (Skovholt, 2016), um inventário construído para avaliar a resiliência e o autocuidado e que proporciona uma experiência de autorreflexão a profissionais e estudantes na área da saúde e do cuidado. Mais recentemente, Dorociak et al., (2017) construíram a “*Self-Care Assessment for Psychologists Scale*” (SCAP), escala esta que já é direcionada especificamente para a avaliação do autocuidado dos psicólogos clínicos.

Assim, torna-se indispensável, para o progresso da investigação neste domínio, que se disponha em Portugal de medidas psicometricamente robustas, como a SCAP de Dorociak et al., (2017), as quais permitam avaliar o constructo do autocuidado nos psicólogos clínicos portugueses. Esta escala oferece a vantagem de ser dirigida especificamente a psicólogos clínicos e de ter um número de itens reduzido. Para além disso, a escala está estruturada em função de cinco fatores identificados como nucleares na literatura acerca do autocuidado: Apoio Profissional, que consiste na importância atribuída ao suporte dos colegas de trabalho, e que inclui estratégias como a de evitar o isolamento; Desenvolvimento Profissional, que enfatiza a importância do envolvimento em atividades relacionadas com o trabalho que são apreciadas pelo próprio; Equilíbrio de Vida, caracterizado pela construção de uma identidade não só profissional, mas também pessoal; Estratégias Cognitivas, sendo estas referentes ao autocuidado psicológico, e envolvendo estratégias como a automonitorização de emoções; e Equilíbrio Diário, sendo este um fator que incorpora múltiplas micro estratégias de autocuidado diárias.

Objetivos e hipóteses de investigação

Este estudo teve por objetivo proceder à adaptação para Portugal da "*Self-Care Assessment for Psychologists Scale*" (SCAP) (Dorociak et al., 2017) para uso no estudo do autocuidado dos psicólogos clínicos. Tem por objetivo, assim, adaptar e fundamentar psicometricamente uma versão portuguesa da SCAP, agora de nome Escala de Avaliação de Autocuidado para Psicólogos (EAAP). Para o efeito, pretendeu-se conhecer o funcionamento dos itens, estudar a fiabilidade ou precisão dos resultados e reunir algumas evidências de validade das medidas obtidas com esse instrumento. Como ponto de partida para o estudo da validade, formularam-se as seguintes hipóteses de validação:

Hipótese 1: Os resultados da medida de Autocuidado (EAAP) apresentam correlação positiva e significativa com os resultados da medida de Bem-estar Psicológico (EBEP).

Hipótese 2: Os resultados da medida de Autocuidado (EAAP) apresentam correlação negativa e significativa com os resultados da medida de Stresse Percebido (PSS-10).

Hipótese 3: Os resultados do estudo de validade fatorial confirmam a estrutura interna em cinco fatores correspondentes às cinco escalas que compõem o EAAP original.

Hipótese 4: Existem diferenças entre os psicólogos clínicos que frequentam supervisão e os que não frequentam nas variáveis do Bem-estar Psicológico, do Autocuidado e do Stresse Percebido.

Hipótese 5: Existem diferenças relativamente aos anos de experiência face na perceção de stresse. Psicólogos clínicos com menos anos de experiência apresentam níveis superiores de stresse percebido.

Hipótese 6 (exploratória): Existem diferenças relativamente aos anos de experiência face à prática do autocuidado.

Método

Estamos perante um estudo que se enquadra numa abordagem de natureza quantitativa, psicométrica e correlacional. Iniciou-se com a tradução e retroversão dos itens da EAAP e consiste no seu estudo psicométrico, com aplicação de métodos de análise dos itens, estudos de fiabilidade e de validade.

Instrumentos

Escala de Avaliação de Autocuidado para Psicólogos (EAAP). Originalmente com o nome de "*Self-Care Assessment for Psychologists Scale*" (*SCAP*) (Dorociak et al., 2017; versão portuguesa: a desenvolver neste estudo), esta escala é composta por 21 itens e tem como objetivo avaliar o autocuidado dos psicólogos clínicos. Organiza-se em cinco escalas fatorialmente isoladas: Apoio Profissional, Desenvolvimento Profissional, Equilíbrio de Vida, Estratégias Cognitivas e Equilíbrio Diário.

As respostas aos itens são assinaladas numa escala de *Likert* de sete pontos (1 – nunca e 7 – sempre), sendo pedido ao participante que em cada item indique com que frequência pratica o comportamento que lhe é apresentado.

O desenvolvimento da *SCAP* original partiu da realização de dois estudos experimentais. Inicialmente procedeu-se ao desenvolvimento de 80 itens que, depois de avaliados por profissionais experientes na área do autocuidado, foram reduzidos para um total de 52 itens (26 itens direcionados para a vida pessoal, e 26 itens para a vida profissional). Após o primeiro estudo, foi realizado um aperfeiçoamento dos itens, tendo sido eliminados aqueles que contribuíam para uma menor consistência interna e menor consistência conceptual. Desta forma, a escala ficou composta por 21 itens, tendo havido um aumento da consistência interna das respetivas escalas (Dorociak et al., 2017).

Seguidamente, a segunda versão da escala foi avaliada num novo estudo, e comparada com três modelos fatoriais alternativos. Os dados sugeriram que a *SCAP* se enquadrava melhor numa estrutura oblíqua de cinco fatores, sendo que esta obriga a assumir a correlação entre os fatores (Dorociak et al., 2017).

No estudo original da escala já composta por 21 itens, os resultados apresentaram indicadores psicométricos adequados, ao nível de consistência interna (coeficientes alfa): Apoio Profissional (cinco itens, $\alpha = .83$), Desenvolvimento Profissional (cinco itens, $\alpha = .80$), Equilíbrio de Vida (quatro itens, $\alpha = .81$), Estratégias

Cognitivas (quatro itens, $\alpha = .72$) e Equilíbrio Diário (três itens, $\alpha = .70$).

Adicionalmente, foram isolados cinco fatores (Apoio Profissional, Desenvolvimento Profissional, Equilíbrio de Vida, Estratégias Cognitivas e Equilíbrio Diário) que demonstraram explicar 61.5% da variância total dos resultados.

Questionário Sociodemográfico. O questionário sociodemográfico é constituído por questões destinadas a caracterizar a amostra quanto a dados pessoais, como o género, a idade e o estado civil. Também foram colocadas questões em relação à formação em psicoterapia (tipo de formação e anos de experiência na prática clínica), experiência profissional (número médio de casos atendidos por semana, número médio de horas de trabalho por semana, faixa etária da população com que trabalha e contexto de trabalho) e supervisão clínica (se têm supervisão e frequência da mesma).

Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP). A EBEP (Ryff, 1989; adaptação portuguesa: Novo, et al., 2004) é composta por 18 itens que têm por objetivo a avaliação do bem-estar psicológico através de seis dimensões: *autonomia*, que avalia a capacidade de resistência às pressões sociais e a determinação de um indivíduo para pensar, agir e avaliar-se, com base em padrões pessoais; *domínio do meio*, avalia a existência de um sentimento de domínio sobre o meio e de competência para lidar com o mesmo; *crescimento pessoal*, refere-se à perceção pessoal da existência de um desenvolvimento que é contínuo ao longo do tempo, aberto a novas experiências e interessado no aperfeiçoamento e enriquecimento pessoal; *relações positivas com os outros*, avalia o interesse, preocupação e as perceções que um indivíduo tem acerca da sua esfera interpessoal; *objetivos na vida*, reflete as aspirações e metas que um indivíduo tem para a sua vida; *aceitação de si*, referente à atitude de maior ou menor aceitação de um indivíduo em relação aos diversos aspetos do *self* (Oliveira, 2013).

As respostas aos itens são assinaladas numa escala de *Likert* de seis pontos (1 - discordo completamente, 2 - discordo em grande parte, 3 - discordo parcialmente, 4 - concordo parcialmente, 5 - concordo em grande parte e 6 - concordo completamente) e os itens referem-se à frequência com que ocorre a experiência de bem-estar e de satisfação consigo próprio(a).

O resultado em cada escala identifica o grau de intensidade das características que definem a dimensão que lhe está subjacente (Novo, 2003), significando isto que, um resultado elevado traduz um elevado nível de bem-estar no domínio específico avaliado. A EBEP Total resulta da soma dos resultados obtidos nas seis escalas, sendo que valores

elevados apontam para um nível de bem-estar psicológico global elevado, enquanto valores baixos apontam para o oposto.

A EBEP revelou em diversos estudos, indicadores psicométricos adequados, quanto à consistência interna (coeficientes alfa). No estudo de Ryff e Essex (1991), encontraram-se valores de alfa de *Cronbach* muito bons, entre $\alpha = .86$ na escala de Autonomia, a $\alpha = .93$ na escala Aceitação de Si. Igualmente no estudo de Novo (2003), onde foi realizada a tradução e adaptação do instrumento, foram revelados níveis de consistência interna satisfatórios, variando entre um nível muito bom ($\alpha = .93$) na escala de Bem-Estar Psicológico Total, e um nível bom ($\alpha = .74$) na escala de Autonomia.

Para o efeito deste estudo, a EBEP pretendeu contribuir para o estudo da validade convergente da EAAP, uma vez que a investigação mostra que se correlaciona positivamente com indicadores de satisfação com a vida.

Escala de Stresse Percebido (PSS-10). A PSS-10 (Cohen, et al., 1983; adaptação portuguesa: Trigo, et al., 2010), é considerada como umas das escalas mais utilizadas para estudar o stresse, tendo por objetivo avaliar de que maneira as situações/acidentes na vida de um indivíduo são percebidos como stressantes (Trigo et al., 2010). Existem três versões desta escala, sendo a primeira composta por 14 itens, a segunda por 10 itens, e a terceira, e mais reduzida, composta por apenas quatro itens. Para esta investigação, foi utilizada a escala composta por 10 itens (PSS-10).

As respostas aos itens são assinaladas numa escala de *Likert* de cinco pontos (0 – nunca, 1 – quase nunca, 2 – algumas vezes, 3 – frequentemente e 4 – muito frequentemente), pedindo ao participante que indique com que frequência se sentiu, ou pensou, de determinada maneira, durante o último mês.

A PSS composta por 10 itens (PSS-10) revelou, em diversos estudos, indicadores psicométricos adequados, quanto à consistência interna (coeficientes alfa). No estudo de Cohen et al.(1983), no qual o instrumento se originou, verificou-se um valor de alfa de *Cronbach* bom ($\alpha = .78$). Da mesma forma, no estudo de Trigo et al. (2010), com o objetivo de realizar a adaptação do mesmo para a população portuguesa, o instrumento revelou um nível consistência interna muito bom ($\alpha = .87$), sendo que este foi até superior ao valor obtido pelo autor.

Para o efeito deste estudo, a PSS-10 apresentou duas principais vantagens. Em primeiro lugar, pretendeu contribuir para o estudo da validade convergente da EAAP, uma vez que, anteriormente, foi demonstrado correlacionar-se negativamente com

indicadores de satisfação com a vida (Trigo et al., 2010). Em segundo lugar, a facilidade de aplicação e cotação favoreceu a sua associação a um estudo que envolvia a aplicação de outros instrumentos.

Caracterização da amostra¹

Devido à especificidade do tema, foi utilizada uma amostragem não-probabilística. A amostra utilizada na presente investigação é composta por participantes que cumpriam os seguintes critérios de inclusão: ser psicólogo clínico, de nacionalidade portuguesa e membro efetivo da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP).

No total, a amostra é composta por 87 participantes, sendo 75 do sexo feminino (86.2%) e 12 do sexo masculino (13.8%), com idades compreendidas entre 24 e 65 anos ($M=41.1$; $DP=10.96$). Relativamente ao estado civil, 32 eram casados (36.8%), 25 viviam em união de facto (28.7%), 18 eram solteiros (20.7%), 11 encontravam-se divorciados (12.6%), e um era viúvo (1.1%).

No que diz respeito à formação em psicoterapia, 61 dos participantes (70.1%) afirmaram tê-la obtido, sendo que a orientação teórica com maior representação é a Cognitivo-Comportamental Integrativa ($n=19$; 21.8%).

A tendência central da experiência profissional correspondeu aos 13.49 anos ($DP=9.34$) e reporta-se a variados contextos de prática laboral, públicos ($n=30$; 34.5%) e privados ($n=57$; 65.5%). O número de horas de trabalho semanais tem um valor médio de 28 horas ($DP=13.61$), com 17 casos atendidos em média por semana ($DP=10$), sendo a população-alvo atendida etariamente diversificada (crianças, adolescentes e adultos).

Dos 87 psicólogos clínicos, 54 têm supervisão (62.1%) com uma frequência maioritariamente mensal ($n=20$; 23%) ou quinzenal ($n=19$; 21.8%).

¹ Ver Quadro C1, do anexo C, para uma informação mais detalhada

Procedimento

Adaptação dos instrumentos. Tendo a presente investigação como objetivo principal a adaptação da EAAP para Portugal, inicialmente foi realizada a tradução do inglês para o português dos itens que constituíam a "*Self-Care Assessment for Psychologists Scale*" (SCAP) (Dorociak et al., 2017). Em primeiro lugar, a tradução foi realizada independentemente por três tradutores com conhecimento e fluência em ambas as línguas e em psicologia. De seguida, foram comparadas as versões traduzidas e conciliaram-se as sugestões de cada tradutor de forma a obter-se uma tradução final consensual. Em terceiro lugar, esta versão da tradução foi submetida a retroversão por um tradutor bilingue que traduziu os itens de português para inglês, tendo esta sido tida em conta para o aperfeiçoamento da redação dos itens. A retroversão, foi enviada para os autores da escala original.

Procedimentos de seleção e recolha de dados. A recolha de dados foi realizada numa única ocasião, com a duração de 10-20 minutos, através da plataforma online *Qualtrics*. O estudo foi divulgado através do envio de mensagens eletrónicas para várias instituições e associações da área da psicologia, bem como para contatos pessoais dos investigadores, solicitando-se a divulgação por método bola de neve. Adicionalmente, foi também divulgado em grupos no *Facebook* dedicados à psicologia e à psicoterapia. Ao acederem ao questionário através do *link* respetivo, os participantes dispunham da informação sobre o estudo, autores e objetivos, e critérios de inclusão na amostra. Foi assegurada a confidencialidade das respostas e o anonimato dos participantes, uma vez que os dados recolhidos não permitiam a sua identificação, e foi assegurado que a participação se concretizou sempre sob consentimento informado.

Procedimentos de análise de dados. Para a realização da análise de dados, foi utilizado o *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) 26. De modo a estudar as propriedades psicométricas da EAAP, realizaram-se estudos da precisão, de análise de itens e de validação. Em primeiro lugar, estudou-se a precisão da EAAP através da análise da consistência interna recorrendo ao cálculo do coeficiente de alfa de *Cronbach* das cinco escalas. Seguidamente foi efetuado o cálculo da correlação item-total corrigida dos itens da EAAP. Analisou-se se a amostra apresentava uma distribuição normal nas diferentes variáveis, de forma a verificar os pressupostos de aplicação de metodologias paramétricas ou não paramétricas. De seguida, realizaram-se

análises paramétricas, com aplicação de técnicas de estatística inferencial para resposta aos diferentes objetivos do estudo. O estudo da validação iniciou-se através da realização da análise fatorial recorrendo a uma análise em componentes principais. Dada a escassez de medidas de autocuidado validadas, avaliou-se a validade convergente e discriminante através da análise das correlações entre os resultados da EAAP e os resultados de medidas de construtos, que na literatura científica se encontram relacionados com o autocuidado, tais como a Escala de Stresse Percebido (PSS-10) e a Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP) recorrendo ao coeficiente de correlação de *Pearson*. Para avaliar a validade empírica, através do estudo de diferenças entre grupos (supervisão e anos de experiência) recorreu-se a uma análise multivariada da variância (MANOVA) e ao teste t de *Student*.

Resultados

1. Estudo metrológico da EAAP

1.1. Precisão e análise de itens

As estatísticas descritivas das cinco escalas da EAAP, e os respetivos valores de consistência interna, encontram-se no Quadro 1. A análise descritiva dos itens que compõem a EAAP encontra-se apresentada no Quadro 2.

No Quadro 1 podemos observar as médias das respostas nas escalas de Apoio Profissional ($m=27.80$; $dp=5.62$), Desenvolvimento Profissional ($m=28.05$; $dp=4.82$), Equilíbrio de Vida ($m=23.99$; $dp=3.41$), Estratégias Cognitivas ($m=24.90$; $dp=2.44$) e Equilíbrio Diário ($m=14.22$; $dp=3.69$). Das cinco escalas, a escala do Desenvolvimento Profissional (RB máx.=35), a escala do Apoio Profissional (RB máx.=35) e a escala do Equilíbrio Diário (RB máx.=21) são as que apresentam resultados brutos com o valor máximo que pode ser obtido nas respetivas escalas.

Quadro 1. EAAP: Estatísticas descritivas das Escalas e consistência interna (N=87)

Escalas	M	dp	RB mín.	RB máx.	Alfa	Alfa Estand	m correl. inter-itens	correl. inter-itens	
								Min.	Máx.
Apoio Profissional (5 itens; Res: 5-35)	27.80	5.62	9	35	.86	.88	.60	.36	.83
Desenvolvimento Profissional (5 itens; Res: 5-35)	28.05	4.82	11	35	.83	.85	.53	.40	.69
Equilíbrio de Vida (4 itens; Res: 4-28)	23.99	3.41	10	28	.88	.88	.64	.58	.75
Estratégias Cognitivas (4 itens; Res: 4-28)	24.90	2.44	18	28	.84	.84	.57	.42	.67
Equilíbrio Diário (3 itens; Res: 3-21)	14.22	3.69	5	21	.70	.71	.44	.37	.60

Legenda: M – média; dp – desvio-padrão; RB mín. – resultado bruto mínimo; RB máx. – resultado bruto máximo; Alfa – alfa de Cronbach; Alfa Estand. - alfa de Cronbach estandardizado; m corr. inter-itens – média das correlações inter-itens; correl. inter-itens - correlações inter-itens

Na análise de consistência interna das cinco escalas, os coeficientes alfa de *Cronbach* constituem indicadores psicométricos adequados, que evidenciam uma boa consistência interna: Apoio Profissional ($\alpha = .86$), Desenvolvimento Profissional ($\alpha = .83$), Equilíbrio de Vida ($\alpha = .88$), Estratégias Cognitivas ($\alpha = .84$) e Equilíbrio Diário ($\alpha = .70$). A matriz de correlações inter-itens obtida para cada escala da EAAP (Anexo H) demonstra a existência de correlações que, segundo (Cohen, 1988) são satisfatórias ($r \geq .30$), com valores inter-itens situadas entre .36 e .83. As médias de correlações inter-itens variam entre .44 (Escala do Equilíbrio Diário) e .64 (Escala do Equilíbrio de Vida), o que revela uma associação muito expressiva entre os itens e acentua o elevado nível de consistência interna das medidas.

Na análise dos Coeficientes de Discriminação (Quadro 2), correlações item-total corrigidas, os itens apresentaram valores muito satisfatórios, entre .41 e .84, o que revela que se mostram discriminativos dos construtos medidos e com boa capacidade preditiva dos respectivos resultados totais (Ebel & Frisbie, 1986). Relativamente à contribuição de cada item para o valor de alfa de *Cronbach*, surgiram quatro itens (item 2, item 8, item 15 e item 21) que, se eliminados, aumentariam ligeiramente a consistência interna da escala a que pertencem. Nesta amostra, podemos observar que as respostas dos participantes estão, em média, distribuídas a partir do valor quatro na escala de *Likert*. As médias das respostas aos itens variaram entre 4.06 e 6.36 (na escala de resposta de 1 a 7).

Quadro 2. EAAP: Estatísticas descritivas e análise dos itens (N=87)

Itens	M	dp	C.D.	A-Item	Percentagens de respostas						
					1	2	3	4	5	6	7
Escala de APOIO PROFISSIONAL ($\alpha=.86$)											
1	5.77	1.19	.76	.82	0	2.30	4.60	4.60	19.54	40.23	28.74
2	4.98	1.82	.48	.91	6.90	8.05	5.75	11.49	13.79	35.63	18.39
3	5.63	1.30	.77	.81	0	2.30	4.60	13.79	16.09	33.33	29.89
4	5.82	1.22	.84	.80	0	3.45	4.60	3.45	11.49	49.43	27.59
5	5.61	1.38	.70	.83	2.30	2.30	3.45	8.05	19.54	36.78	27.59
Escala de DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL ($\alpha=.83$)											
6	6.05	1.17	.67	.79	0	2.30	3.45	2.30	14.94	33.33	43.68
7	5.74	1.14	.73	.78	0	1.15	4.60	6.90	20.69	40.23	26.44
8	4.70	1.64	.54	.85	5.75	5.75	11.49	13.79	27.59	24.14	11.49
9	6.07	1.04	.68	.79	0	0	2.30	6.90	16.09	31.03	43.68
10	5.49	1.14	.65	.80	0	3.45	1.15	10.34	29.89	37.93	17.24
Escala de EQUILÍBRIO DE VIDA ($\alpha=.88$)											
11	6.00	1.00	.69	.86	0	1.15	2.30	4.60	10.34	50.57	31.03
12	5.83	1.09	.74	.84	0	1.15	2.30	9.20	16.09	42.53	28.74
13	6.22	.91	.77	.83	0	0	2.30	4.60	4.60	45.98	42.53
14	5.94	.99	.74	.84	0	1.15	3.45	3.45	9.20	57.47	25.29
Escala de ESTRATÉGIAS COGNITIVAS ($\alpha=.84$)											
15	6.29	.76	.55	.85	0	0	1.15	1.15	8.05	47.13	42.53
16	6.36	.70	.72	.78	0	0	0	0	12.64	39.08	48.28
17	6.14	.75	.68	.79	0	0	0	3.45	11.49	52.87	32.18
18	6.11	.75	.75	.76	0	0	0	0	22.99	42.53	34.48
Escala de EQUILÍBRIO DIÁRIO ($\alpha=.70$)											
19	5.15	1.45	.58	.53	1.15	2.30	11.49	16.09	25.29	21.84	21.84
20	5.01	1.57	.57	.54	1.15	6.90	11.49	13.79	24.14	21.84	20.69
21	4.06	1.64	.41	.75	2.30	21.84	14.94	16.09	27.59	8.05	9.20

Legenda: M – média; dp – desvio padrão; C.D. – Coeficiente de discriminação (correlação item-total corrigida); A-Item – Alfa se item excluído

É ainda relevante notar que os itens 2 (“Evito isolar-me no local de trabalho”), 8 (Participo em eventos sociais e comunitários relacionados com o trabalho”) e 21 (“Evito comprometer-me excessivamente com responsabilidades do trabalho”) apresentaram as médias mais baixas (4.98, 4.70 e 4.06, respetivamente), o que indica que estas poderão ser as estratégias de autocuidado menos utilizadas pelos psicólogos clínicos. Os itens 13 (“Procuro atividades ou pessoas com as quais me sinto confortável”), 15 (“Tento manter-me consciente dos meus sentimentos e necessidades”) e 16 (“Monitorizo os meus sentimentos e reações face aos clientes”) apresentaram as médias mais altas (6.22, 6.29 e 6.36, respetivamente).

1.2. Estudos de validação

Validade Fatorial

Com o intuito de averiguar a estrutura interna do EAAP, realizou-se uma Análise em Componentes Principais. Os resultados do teste Kaiser-Mayer-Olkin (KMO =.80) e do teste de esfericidade de Bartlett ($p<.001$) demonstraram uma boa adequação dos dados para a aplicação deste tipo de análise.

A extração dos fatores decorreu da utilização do critério de Kaiser, através da retenção dos fatores com valores próprios superiores a um, e atendeu também à verificação do ponto de inflexão da curva do *scree plot* (Anexo I). Foi obtida uma solução inicial de cinco fatores considerada fatorialmente adequada. Os itens apresentaram comunalidades com valores altos e superiores a .30, que variam entre .47 (item 8) e .88 (item 4), o que indica que os itens estão bem representados pelos cinco fatores que partilham, os quais explicam 71.02% da variância dos dados analisados.

Foram retidos para interpretação dos fatores os itens com saturação $> .30$ (Quadro 3). O primeiro fator explica 32.77% da variância total dos resultados e é definido pelos seguintes itens (valores de saturação entre parênteses): Item 1(.83), Item 2 (.66), Item 3 (.79), Item 4 (.90) e Item 5 (.78); pode ser designado por Apoio Profissional, uma vez que corresponde exatamente ao conjunto de itens dessa escala. O segundo fator explica 15.52% da variância total dos resultados e é composto pelos seguintes itens: Item 11(.77), Item 12 (.84), Item 13 (.82), Item 14 (.82); pode assim ser designado por Equilíbrio de Vida, dado os itens dessa escala saturarem todos neste fator. O terceiro fator, explica 9.06% da variância total dos dados e é definido pelos seguintes itens: Item 6 (.82), Item 7 (.83), Item 8 (.46), Item 9 (.81), Item 10 (.60); pode ser designado por Desenvolvimento Profissional, uma vez que corresponde aos itens dessa

mesma escala. O quarto fator explica 8.03% da variância total dos dados e é composto pelos seguintes itens: Item 15(.57), Item 16 (.88), Item 17 (.79), Item 18 (.77); pode ser designado por Estratégias Cognitivas, pois corresponde aos itens dessa escala. O quinto fator explica 5.64% da variância total dos dados e é composto pelos seguintes itens: Item 19 (.83), Item 20 (.78), Item 21 (.66); pode ser designado por Equilíbrio Diário, uma vez que corresponde exatamente ao conjunto de itens dessa escala.

A estrutura interna encontrada na presente adaptação da EAAP revelou uma correspondência exata com a que foi identificada no teste original. Após a realização de uma rotação ortogonal *Varimax*, verificou-se que a escala apresenta poucos *cross-loadings*, os quais surgem em apenas cinco itens, com valores de saturação fatorial em geral pequenos e não expressivos, que variam entre .33 (item 5) e .50 (item 15). De assinalar que o item 15 (“Tento manter-me consciente dos meus sentimentos e necessidades”) é fatorialmente híbrido, uma vez que a sua saturação se encontra equilibrada em dois fatores (fator II – Equilíbrio de Vida (.50); fator IV – Estratégias Cognitivas (.57)).

Adicionalmente, realizou-se uma rotação oblíqua *Promax* dos cinco fatores isolados (Quadro 4), uma vez que esta fornece uma leitura fatorial em geral mais parcimoniosa, com fatores correlacionados entre si, o que no caso da EAAP encontra fundamento no reconhecimento, por parte dos seus autores, de que o instrumento enquadra melhor numa estrutura oblíqua de cinco fatores, que obriga a assumir a correlação entre os fatores (Dorociak et al., 2017). Nesta nova rotação já não surgiram *cross-loadings*, o que pode ser tomado como um indicador de maior parcimónia da solução fatorial oblíqua, sobretudo porque a definição fatorial das escalas se mantém, com os itens que se esperaria (correspondentes à versão original do instrumento) a saturar em cada fator. Pode verificar-se, contudo, no Quadro 4, que o item 15 mantém o seu carácter híbrido, ainda que na rotação oblíqua se acentue a sua proximidade ao fator IV, Estratégias Cognitivas, do que ao fator II, Equilíbrio de Vida.

Quadro 3. EAAP: Matriz Rodada de saturações Fatoriais dos Itens (R ortogonal Varimax) e communalidades (N=87)

Itens	Fatores					Comunalidades
	I	II	III	IV	V	
1	.83					.78
2	.66					.47
3	.79					.74
4	.90					.88
5	.78		.33			.73
6			.82			.80
7			.83			.75
8	.37		.46			.47
9			.81			.72
10		.36	.60			.64
11	.34	.77				.74
12		.84				.74
13		.82				.78
14		.82				.75
15		.50		.57		.62
16				.88		.81
17				.79		.74
18				.77		.78
19					.83	.78
20					.78	.69
21					.66	.52

Método de Extração: Análise em Componentes Principais

Método de Rotação (ortogonal): Varimax com Normalização de Kaiser (rotação convergiu em 6 iterações).

Quadro 4. EAAP: Matriz Rodada (rotação oblíqua Promax): saturações Fatoriais dos Itens (N=87)

Itens	Fatores				
	I	II	III	IV	V
1	.85				
2	.76				
3	.79				
4	.96				
5	.80				
6			.92		
7			.91		
8			.37		
9			.92		
10			.55		
11		.80			
12		.90			
13		.84			
14		.84			
15		.42		.52	
16				.98	
17				.82	
18				.78	
19					.84
20					.77
21					.67

Método de Extração: Análise em Componentes Principais.

Método de Rotação (oblíqua): Promax com Normalização de Kaiser (rotação convergiu em 6 iterações).

Quadro 5. EAAP: Matriz de correlações entre fatores (rotação oblíqua Promax)

Fatores	Correlações entre fatores			
	II	III	IV	V
I	.32	.52	.13	-.06
II	-	.37	.41	.12
III		-	.41	.02
IV			-	.27

Observando o Quadro 5, verificamos que as correlações entre os fatores são em geral muito significativas (para $N=87$, correlações iguais ou superiores a .21 são significativas a .05 de significância, e iguais ou superiores a .28 são significativas a .01), variando entre .31 e .52, sendo mais expressivas as correlações entre os fatores Apoio Profissional e Equilíbrio de Vida ($r=.52$), os fatores Equilíbrio de Vida e Desenvolvimento Profissional ($r=.41$) e os fatores Desenvolvimento Profissional e Estratégias Cognitivas ($r=.41$). Contrariamente, as correlações entre os fatores Apoio Profissional e Estratégias Cognitivas ($r=.13$), e o fator Equilíbrio Diário com os outros quatro fatores, demonstraram ser fracas, apresentando valores que variam entre -.06 e .12.

Validade Convergente e Discriminante

Para avaliar as validades convergente e discriminante da EAAP, foi realizada uma análise das correlações entre os resultados das cinco escalas que a compõem, e os resultados da Escala de Bem-estar Psicológico ($M = 85.29$; $DP = 9.83$; $\alpha = .84$) e da Escala de Stresse Percebido ($M = 19.85$; $DP = 5.29$; $\alpha = .84$). Através do cálculo de coeficientes de correlação de *Pearson* (Quadro 6), foi possível verificar, na amostra total, uma correlação negativa significativa entre os resultados da Escala de Stresse Percebido e as escalas de Equilíbrio de Vida ($r=-.27$; $p<.05$), Estratégias Cognitivas ($r=-.26$; $p<.05$). Apesar de não significativas, todas as correlações que se verificam entre o Stress Percebido e as outras variáveis, de autocuidado e de bem-estar, são tendencialmente negativas. No que diz respeito a correlações positivas, encontraram-se correlações positivas significativas entre o Bem estar Psicológico e as escalas de Apoio Profissional ($r=.38$; $p<.01$), Desenvolvimento Profissional ($r=.59$; $p<.01$), Equilíbrio de Vida ($r=.57$; $p<.01$) e Estratégias Cognitivas ($r=.54$; $p<.01$). A escala do Equilíbrio Diário demonstrou ser a única escala da EAAP que não obteve uma correlação positiva significativa com os resultados da Escala de Bem-estar Psicológico. Apesar disso, a correlação entre as duas variáveis demonstra ser tendencialmente positiva.

Quadro 6. Matriz de Correlações de Pearson entre EAAP, PSS-10 e EBEP (N=87)

	I	II	III	IV	V	PSS10	EBEP
I. Apoio Profissional	-	.52**	.33**	.13	.03	-.04	.38**
II. Desenvolvimento Profissional		-	.42**	.41**	.07	-.18	.59**
III. Equilíbrio de Vida			-	.45**	.22*	-.27*	.57**
IV. Estratégias Cognitivas				-	.37**	-.26*	.54**
V. Equilíbrio Diário					-	-.15	.15
PSS10						-	-.57**
EBEP							-

Legenda: PSS10: Escala do Stress Percebido; EBEP: Escala do Bem-Estar Psicológico

*p<.05

**p<.01

Validade empírica ou de critério externo

Diferenças no autocuidado, no stresse percebido e no bem-estar psicológico entre os psicólogos clínicos que frequentam supervisão e aqueles que não frequentam supervisão. A nossa comparação entre os resultados das escalas da EAAP dos psicólogos da amostra que frequentam a supervisão ($n=54$) e os que não a frequentam ($n=33$) realizou-se por meio de uma análise multivariada da variância (MANOVA), uma vez que as cinco escalas pertencem a um mesmo instrumento e apresentam na sua maioria correlações significativas entre si (Quadro 5). Em primeiro lugar confirmou-se a igualdade de covariâncias entre os dois grupos (teste M de Box, $p=.14$, $p>.05$) e de seguida aplicou-se a MANOVA paramétrica, análise em que não foram detetadas diferenças estatisticamente significativas, a um nível de significância de .05, entre os dois grupos no conjunto das cinco escalas da EAAP ($F [5, 81] = .826$, $p>.05$).

Seguidamente, após confirmar a normalidade das distribuições e de igualdade de variâncias entre os dois grupos, recorreu-se ao teste t de *Student* para comparar o grupo de psicólogos que frequenta supervisão ($n=54$) e o que não a frequenta ($n=33$) quanto aos resultados obtidos na avaliação do stresse percebido e do bem-estar psicológico. Neste caso optou-se por duas comparações univariadas (t de *Student*), e não uma comparação multivariada (MANOVA), por se tratarem de dois testes independentes. Não foram encontradas diferenças significativas, a um nível de significância de .05, entre psicólogos que frequentam a supervisão e aqueles que não frequentam, no que diz

respeito ao Stresse Percebido ($t [59] = -.33, p > .05$) e ao Bem-Estar Psicológico ($t [85] = 1.17, p > .05$).

Diferenças quanto ao stresse percebido em função dos anos de experiência dos psicólogos clínicos. De modo a averiguar se existem diferenças na avaliação do stresse percebido entre psicólogos com mais e com menos anos de experiência, realizou-se uma análise de grupos contrastados. Primeiramente, dividiu-se a amostra em dois grupos: psicólogos com experiência profissional inferior a 10 anos ($<$ percentil 40 da distribuição dos anos de experiência; $n=32$), e psicólogos com experiência profissional maior ou igual a 15 anos ($>$ percentil 60 da distribuição dos anos de experiência; $n=24$). Após confirmar a normalidade das distribuições e a igualdade de variâncias entre os dois grupos, aplicou-se um teste t de *Student*. Não foram encontradas diferenças significativas, a um nível de significância de .05, entre os dois grupos no que diz respeito ao Stresse Percebido ($t [54] = 1.60; p > .05$).

Diferenças na prática do autocuidado em função dos anos de experiência. De modo a explorar se existem diferenças nos resultados relativos à prática do autocuidado, entre psicólogos com mais e com menos anos de experiência, realizou-se uma análise multivariada da variância (MANOVA), uma vez que as cinco escalas pertencem a um mesmo instrumento, e apresentam na sua maioria correlações significativas entre si (Quadro 5). Manteve-se a divisão da amostra nos dois grupos: com experiência profissional inferior a 10 anos ($<$ percentil 40 da distribuição dos anos de experiência; $n=32$), e com experiência profissional maior ou igual a 15 anos ($>$ percentil 60 da distribuição dos anos de experiência; $n=24$) e confirmou-se a igualdade de covariâncias entre os dois grupos (teste M de Box, $p=.24, p > .05$). Na MANOVA paramétrica que se seguiu, não foram detetadas diferenças estatisticamente significativas, a um nível de significância de .05, entre os dois grupos no que diz respeito à prática do autocuidado ($F (5, 72) = 1.259, p > .05$).

Discussão de Resultados

Com o presente estudo pretendeu-se adaptar a Escala de Avaliação de Autocuidado (EAAP) de Dorociak et al. (2017) para a avaliação dos psicólogos clínicos em Portugal. Com a análise dos itens, o estudo da consistência interna e os contributos da análise fatorial exploratória teve-se como objetivo analisar as características psicométricas da EAAP, instrumento desenvolvido com a finalidade de operacionalização do constructo de autocuidado.

A EAAP apresentou características psicométricas muito adequadas em termos de qualidade dos itens, fiabilidade e de validade. Relativamente à análise dos itens, os coeficientes de discriminação apresentaram valores muito satisfatórios, entre .41 e .84, revelando que os itens se mostram discriminativos dos construtos medidos e com boa capacidade preditiva dos respetivos resultados totais (Ebel & Frisbie, 1986). Adicionalmente, no que diz respeito à contribuição de cada item para o valor de alfa de *Cronbach*, surgiram quatro itens apenas (item 2, item 8, item 15 e item 21) que se eliminados aumentariam ligeiramente a consistência interna da escala a que pertencem. Apesar disso, decidiu-se manter os itens, uma vez que as escalas na sua totalidade apresentaram bons valores de consistência interna, e o número de itens que constitui cada escala é já reduzido. Para além disso, estamos perante resultados obtidos numa única amostra de ocasião e de dimensão relativamente reduzida, pelo que serão necessários novos estudos da EAAP para que se possa tomar eventuais decisões relativas à exclusão de itens.

De forma concordante com a versão original (Dorociak et al., 2017), os resultados neste estudo suportaram a estrutura interna de cinco fatores da EAAP: Apoio profissional, Desenvolvimento Profissional, Equilíbrio de Vida, Estratégias Cognitivas e Equilíbrio Diário, responsáveis por 71.02% da variância total dos resultados obtidos. Também como na forma original do instrumento (Dorociak et al., 2017), a rotação oblíqua produziu uma solução fatorial mais parcimoniosa, da qual resulta que os cinco fatores isolados têm correlações, na maioria significativas, entre si. A análise em componentes principais efetuada conferiu apoio a esta estrutura em cinco fatores oblíquos do instrumento, o que constitui não só uma evidência expressiva da sua elevada validade fatorial, como é indicadora de que a subdivisão do EAAP em cinco escalas, em particular nas cinco escalas originalmente concebidas, é fortemente apoiada pelo estudo da estrutura interna da versão portuguesa. A hipótese de que os resultados do estudo de validade

fatorial iriam confirmar a estrutura interna em cinco fatores correspondentes às cinco escalas que compõem o EAAP original (Hipótese 3) foi, assim, sustentada pelos resultados.

No que se refere à consistência interna, verificámos que os coeficientes Alfa de *Cronbach* são próximos ou superiores aos critérios desejáveis. O fator Equilíbrio Diário ($\alpha = .70$) é aquele que exibe o valor de consistência interna mais reduzido, ainda que aceitável na atual fase experimental de uso do instrumento. Os resultados nesta escala poderão decorrer do facto de esta ser a escala com o menor número de itens (três itens).

Adicionalmente, os resultados da análise da validade convergente e discriminante desta medida indicaram que quanto maior o envolvimento dos psicólogos clínicos em estratégias de autocuidado, mais elevados os seus níveis de bem-estar psicológico e mais baixos os seus níveis de stresse percebido. Estes resultados são consistentes com a literatura, que tem demonstrado que o envolvimento em estratégias de autocuidado se encontra associado a resultados positivos no bem-estar, de forma holística, e a resultados negativos, por exemplo, no *distress* e *burnout* (e.g.; Myers et al., 2012; Lee & Miller, 2013; Dorociak et al., 2017). Das cinco escalas da EAAP, a escala do Equilíbrio Diário é a única que não obteve uma correlação positiva e significativa com a medida de bem-estar psicológico, o que poderá estar relacionado com o facto de esta escala ser aquela que é composta por um número de itens inferior, mais especificamente por 3 itens. Apesar de algumas das correlações entre as várias escalas da EAAP e a Escala do Bem-Estar Psicológico com a Escala do Stresse Percebido não terem demonstrado ser significativas, todas foram na direção esperada na literatura, apresentando-se tendencialmente negativas. Desta forma, pode afirmar-se que os resultados apoiam as Hipóteses 1 e 2 do presente estudo, que afirmavam que os resultados da Escala de Avaliação de Autocuidado para Psicólogos (EAAP) apresentariam em geral correlações positivas e significativas com os resultados da Escala do Bem-estar Psicológico (EBEP), e correlações negativas e significativas com os resultados da Escala de Stresse Percebido (PSS-10).

Perante os resultados do estudo da validade empírica ou de critério externo, e contrariamente ao esperado, a Hipótese 4 não foi suportada, uma vez que não foram encontradas diferenças significativas entre os psicólogos clínicos que frequentam a supervisão e aqueles que não a frequentam, ao nível do autocuidado ($F [5, 81] = .826, p > .05$), do bem-estar psicológico ($t [85] = 1.17, p > .05$) e do stresse percebido ($t [59] = -.33, p > .05$), o que vai contra aquilo que a literatura tem demonstrado (eg. Skovholt, et al., 2001; Barnett & Cooper, 2009). Esta fraca manifestação de diferenças poderá estar

relacionada com o facto de que, na amostra deste estudo, independentemente da integração da supervisão no seu autocuidado, os níveis deste e do bem-estar psicológico são elevados e os de stress percebido baixos. Outra hipótese, outra possibilidade poderá prender-se com o facto de a amostra ser relativamente reduzida e de ocasião, tendo apenas 87 participantes que se voluntariaram a responder online, o que poderá significar que a amostra não é representativa da população dos psicólogos clínicos portugueses.

Adicionalmente, também não foram encontradas diferenças significativas relativamente aos anos de experiência dos psicólogos clínicos, ao nível do stress percebido ($t [54] = 1.60; p > .05$). Os resultados não suportaram a Hipótese 5, de que aqueles que teriam menos anos de experiência iriam apresentar níveis de stress percebido superiores aos que já possuem mais anos de experiência. Como visto anteriormente, o facto de não serem encontradas diferenças é contrário ao que era esperado com base na literatura (eg. Sherman & Thelen, 1998; Barnett & Cooper, 2009). Podemos também colocar a possibilidade de que, nesta amostra em particular, os participantes, independentemente dos anos de experiência, eram indivíduos com uma maior dedicação ao seu bem-estar psicológico e autocuidado, e que por isso não foi possível observar níveis de stress percebido que pudessem evidenciar diferenças.

Por último, a hipótese exploratória (Hipótese 6), de que existiriam diferenças significativas relativamente aos anos de experiência dos psicólogos clínicos, ao nível do autocuidado não foi suportada pelos resultados. Não foram encontradas diferenças significativas em função dos anos de experiência dos psicólogos clínicos relativamente à prática do autocuidado ($F (5, 72) = 1.259, p > .05$). Uma vez mais, existe a possibilidade de que, nesta amostra em particular, os participantes, independentemente dos anos de experiência, fossem profissionais com uma maior dedicação ao autocuidado, e que por isso não fosse possível observar diferenças significativas ao nível da prática do autocuidado.

De uma maneira geral, os resultados do presente estudo suportam aquele que era o objetivo principal do mesmo, adaptar e fundamentar psicometricamente uma versão portuguesa (EAAP) da "*Self-Care Assessment for Psychologists Scale*" (SCAP) (Dorociak et al., 2017). A EAAP demonstrou ser psicometricamente muito adequada para o estudo do autocuidado na população de psicólogos clínicos portugueses, sendo que foram obtidos muito bons resultados nos estudos de precisão e de análise de itens, bem como nos estudos de validação. Apenas no estudo da validade empírica ou de critério externo, a EAAP não apresentou resultados que permitissem estabelecer as diferenças

entre grupos esperadas à luz da literatura, o que, como vimos anteriormente, poderá estar relacionado com características da amostra específica deste estudo, mais do que com fraca sensibilidade diferencial do instrumento a variáveis da prática clínica.

Limitações e estudos futuros

Uma limitação evidente deste estudo é o facto de o número de participantes ser reduzido. A amostra obtida ($N = 87$) foi escassa para alcançar conclusões sólidas a partir dos resultados obtidos, o que consequentemente significa que as interpretações realizadas deverão ser analisadas com a reserva que está associada ao estudo de amostras reduzidas, quando se pretenda generalizar para as respetivas populações. Também, o facto de estes 87 psicólogos se terem voluntariado, espontaneamente, para responder ao questionário online, poderá significar uma maior mobilização, por parte dos participantes, para um trabalho de auto-análise, através de um esforço para uma atitude de reflexão sobre as suas práticas. Essa atitude, e essa motivação, que pode estar na base, do facto de terem respondido até ao fim do questionário, apesar de nada irem receber em troca, poderá ter-se traduzido num efeito seletivo da amostra, levando a que, esta seja composta por psicólogos que investem mais, por exemplo, no autocuidado, no bem-estar psicológico e na eliminação de fontes de stress. Este efeito seletivo poderá, também, ter contribuído para a homogeneização da amostra, i.e., a uma redução da variabilidade precisamente em variáveis como as que estavam a ser estudadas. Uma sugestão para o futuro seria a realização de estudos mais amplos e com recurso a outras técnicas de recrutamento das amostras para evitar que, o próprio ato de um participante se mobilizar a responder, tenha um efeito seletivo sobre as características da amostra, para o estudo deste tipo de variáveis.

Desta limitação surge outra mais específica: a amostra observada é composta principalmente por mulheres. Apesar de a população de psicólogos clínicos ser maioritariamente feminina, será interessante em estudos futuros a observação de amostras nas quais a discrepância numérica entre mulheres e homens não seja tão grande, de forma a ser possível explorar também diferenças ao nível do autocuidado entre os dois grupos.

Para a validação convergente da EAAP, há que referir a limitação decorrente da não existência em Portugal de qualquer outra medida do autocuidado dos psicólogos clínicos, algo que seria interessante poder colmatar em estudos futuros.

Seria também interessante ter aprofundado algumas características da amostra, nomeadamente quem já tinha frequentado supervisão anteriormente, durante quanto

tempo e se alguns dos participantes eram supervisores, uma vez que estas informações poderiam contribuir para uma melhor compreensão dos resultados.

Por último, temos como limitação o facto de o questionário ter sido respondido durante a pandemia COVID-19, o que poderá ter influenciado as respostas, uma vez que os psicólogos clínicos não se encontravam num contexto e numa rotina de vida normal.

Implicações práticas

Com este estudo, espera-se contribuir para que investigações futuras possam estudar e explorar de maneira mais aprofundada o construto do autocuidado e os seus componentes.

Tomando em consideração os resultados do estudo metrológico da EAAP, para estudos futuros, seria de considerar a uniformização do número de itens de cada fator, de forma a que, todos sejam compostos por cinco itens, uniformizando o seu peso fatorial e facilitando as comparações de resultados entre escalas. Tal traria também a vantagem de eliminar a maior fragilidade psicométrica de escalas muito curtas, com 3 e 4 itens. Uma possibilidade seria selecionar mais 4 itens de versões mais antigas do teste original (Dorociak et al., 2017), com base nas saturações fatoriais desse estudo, o que possivelmente permitiria, sem um aumento excessivo da extensão do instrumento (que passaria de 21 para 25 itens) melhorar, não só a cobertura do domínio em avaliação, como a consistência interna e a comparabilidade de resultados brutos.

O desenvolvimento do conhecimento na área do autocuidado será útil para que, cada vez mais, se desenvolvam melhores formas de promover e instalar uma cultura de autocuidado entre os profissionais de saúde mental (Barnett & Cooper, 2009), e em particular entre os psicólogos clínicos. Torna-se assim, fundamental que o autocuidado tenha o seu início logo no âmbito da formação académica, de forma a prevenir riscos inerentes à natureza da profissão, e para que os psicólogos experienciem um maior bem-estar nas suas vidas pessoais e profissionais.

Referências Bibliográficas

- American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct* (2002, emendada a 1 de Junho, 2010, e 1 de Janeiro, 2017). <http://www.apa.org/ethics/code/index.html>
- Barbosa, P. (2014). *Significações acerca da Intervenção Psicológica e o Autocuidado*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Universitário da Maia, Porto, Portugal.
- Barnett, J. E., Baker, E. K., Elman, N. S., & Schoener, G. R. (2007). In pursuit of wellness: The self-care imperative. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(6), 603–612. doi: 10.1037/0735-7028.38.6.603
- Barnett, J. E., & Cooper, N. (2009). Creating a Culture of Self-Care. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(1), 16–20. doi: 10.1111/j.1468-2850.2009.01138.x
- Barnett, J. E., Johnston, L. C., & Hillard, D. (2006). Psychotherapist wellness as an ethical imperative. In L. VandeCreek, & J. B. Allen (Eds.), *Innovations in clinical practice: Focus on health and wellness* (pp. 257–271). Sarasota, FL: Professional Resources Press.
- Briggs, D. B., & Munley, P. H. (2008). Therapist stress, coping, career sustaining behavior and the working alliance. *Psychological Reports*, 103, 443–454.
- Burrows, G. D., & McGrath, C. (2000). Editorial: Stress and mental health professionals. *Stress Medicine*, 16(5), 269–270.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associate.
- Coster, J. S., & Schwebel, M. (1997). Well-functioning in professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28(1), 5–13. doi: 10.1037/0735-7028.28.1.5
- DeAngelis, T. (2002, Julho). Normalizing practitioners' stress. *Monitor on Psychology*, 33(7). <http://www.apa.org/monitor/julaug02/normalizing.html>

- Donovan, R. A., & Ponce, A. N. (2009). Identification and measurement of core competencies in professional psychology: Areas for consideration. *Training and Education in Professional Psychology, 3*(4, Suppl), S46–S49.
<https://doi.org/10.1037/a0017302>
- Dorociak, K. E., Rupert, P. A., Bryant, F. B., & Zahniser, E. (2017). Development of a Self-Care Assessment for Psychologists. *Journal of Counseling Psychology, 64*(3), 325–334. doi: 10.1037/cou0000206
- Ebel, R. L. & Frisbie, D. A. (1986). *Essentials of education measurement*. Prentice Hall
- Elliott, D. M., & Guy, J. D. (1993). Mental health professionals versus non-mental-health professionals: Childhood trauma and adult functioning. *Professional Psychology: Research and Practice, 24*(1), 83–90. doi: 10.1037/0735-7028.24.1.83
- Gilroy, P. J., Carroll, L., & Murra, J. (2002). A preliminary survey of counseling psychologists personal experiences with depression and treatment. *Professional Psychology: Research and Practice, 33*(4), 402–407. doi: 10.1037/0735-7028.33.4.402
- Godfrey, C., Harrison, M. B., Lysaght, R., Lamb, M., Graham, I. D., & Oakley, P. (2011). Care of self - care by other - care of other: the meaning of self-care from research, practice, policy and industry perspectives. *International Journal of Evidence-Based Healthcare, 9*(1), 3–24. doi: 10.1111/j.1744-1609.2010.00196.x
- Howard, F. (2008). Managing stress or enhancing wellbeing? Positive psychology's contributions to clinical supervision. *Australian Psychologist, 43*(2), 105–113. doi: 10.1080/00050060801978647
- Johnson, W. B., Barnett, J. E., Elman, N. S., Forrest, L., Schwartz-Mette, R., & Kaslow, N. J. (2014). Preparing trainees for lifelong competence: Creating a communitarian training culture. *Training and Education in Professional Psychology, 8*(4), 211–220. <https://doi.org/10.1037/tep0000048>
- Lee, J. J., & Miller, S. E. (2013). A Self-Care Framework for Social Workers: Building a Strong Foundation for Practice. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services, 94*(2), 96–103. doi: 10.1606/1044-3894.4289

- Machado, W., & Bandeira, D. (2012). Bem-estar psicológico: definição, avaliação e principais correlatos. *Estudos de psicologia, Campinas*, 29(4), 587-595.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *Maslach burnout inventory manual (3rd edition)*. Consulting Psychology Press
- Montenegro, A. R. (2019). “*A prática faz o mestre*”: *Estudo do treino e integração do autocuidado na formação académica em psicologia*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Mota, A. B. (2017). *O autocuidado do psicólogo clínico: equilíbrio entre a vida pessoal e profissional* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Myers, S. B., Sweeney, A. C., Popick, V., Wesley, K., Bordfeld, A., & Fingerhut, R. (2012). Self-care practices and perceived stress levels among psychology graduate students. *Training and Education in Professional Psychology*, 6(1), 55–66. doi: 10.1037/a0026534
- Neimeyer, G. J., Taylor, J. M., & Rozensky, R. H. (2012). The diminishing durability of knowledge in professional psychology: A Delphi Poll of specialties and professions. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(4), 364–371. <https://doi.org/10.1037/a0028698>
- Nissen-Lie, H. A., Havik, O. E., Hoglend, P. A., Monsen, J. T., & Ronnestad, M. H. (2013). The contribution of the quality of therapists’ personal lives to the development of the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 4, 483–495.
- Norcross, J. C. (2000). Psychotherapist self-care: Practitioner-tested, research-informed strategies. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(6), 710–713. doi: 10.1037/0735-7028.31.6.710
- Norcross, J. C., & Guy, J. D. (2007). *Leaving It at the Office, First Edition: A Guide to Psychotherapist Self-Care* (First ed., Vol. 1). The Guilford Press.
- Norcross, J. C., & VandenBos, G. R. (2018). *Leaving it at the office: A guide to psychotherapist self-care* (2nd ed.). The Guilford Press.

- Novo, R. F. (2005a). Bem-Estar e Psicologia: Conceitos e Propostas de Avaliação. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 2(20),183-203.
- Novo, R. F. (2005b). We need more than self-reports: contributo para a reflexão sobre as estratégias de avaliação do bem-estar. *Revista de Psicologia, Educação e Cultura*, 9, 477-495.
- Novo, R. F., Duarte-Silva, M. E., & Peralta, E. (2004). *Escalas de Bem-Estar Psicológico (versão reduzida)*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- O'Connor, M. F. (2001). On the etiology and effective management of professional distress and impairment among psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32(4), 345–350. doi: 10.1037/0735-7028.32.4.345
- Oliveira, M. I. D. (2013) *Avaliação de Bem-Estar Psicológico e da Qualidade de Vida em Mulheres com Menopausa* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2011). Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses. Diário da República, 17931-17936
- Pope, K. S., & Feldman-Summers, S. (1992). National survey of psychologists sexual and physical abuse history and their evaluation of training and competence in these areas. *Professional Psychology: Research and Practice*, 23(5), 353–361. doi: 10.1037/0735-7028.23.5.353
- Rabelo, D. F., & Néri, A. L. (2006). Bem-estar subjetivo e senso de ajustamento psicológico em idosos que sofreram acidente vascular cerebral: uma revisão. *Estudos De Psicologia (Natal)*, 11(2), 169–177. doi: 10.1590/s1413-294x2006000200006
- Rupert, P. A., Miller, A. O., & Dorociak, K. E. (2015). Preventing burnout: What does the research tell us? *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(3), 168–174. <https://doi.org/10.1037/a0039297>

- Ryan, R. & Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryff, C. D. (1989). Beyond Ponce de Leon and Life Satisfaction: New Directions in Quest of Successful Ageing. *International Journal of Behavioral Development*, 12(1), 35–55. doi: 10.1177/016502548901200102
- Sherman, M. D., & Thelen, M. H. (1998). Distress and professional impairment among psychologists in clinical practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29(1), 79–85. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.29.1.79>
- Silva, L., Farias, L., Oliveira, T. & Rabelo, D. (2012). Atitude de idosos em relação à velhice e bem-estar psicológico. *Revista Kairós Gerontologia* 15(3), 119-140.
- Skovholt, T. M. (2016). Skovholt practitioner professional resiliency and self-care inventory, 2014 version. *The Resilient Practitioner: Burnout and Compassion Fatigue Prevention and Self-Care Strategies for the Helping Professions*: Third Edition (pp. xix-xxii). Taylor and Francis Inc.
- Skovholt, T. M., Grier, T. L., & Hanson, M. R. (2001). Career Counseling for Longevity: Self-Care and Burnout Prevention Strategies for Counselor Resilience. *Journal of Career Development*, 27(3), 167–176. doi: 10.1177/089484530102700303
- Smith, P. L., & Moss, S. B. (2009). Psychologist Impairment: What Is It, How Can It Be Prevented, and What Can Be Done to Address It? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(1), 1–15. doi: 10.1111/j.1468-2850.2009.01137.x
- Trigo, M., Canudo, N., Branco, F., & Silva, D. (2010). Estudo das propriedades psicométricas da Perceived Stress Scale (PSS) na população portuguesa. *Psychologica*, 53, 353-378.
- Ventura, M. I. (2018). *Cuidar de si para cuidar do outro: autocuidado de psicólogos clínicos que trabalham com pessoas que vivenciam situações* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Walsh, R. (2011). Lifestyle and mental health. *American Psychologist*, 66, 579-592.

- Wise, E., & Barnett, J. (2016). Self-care for psychologists. In J. C. Norcross, G. R. VandenBos, D. K. Freedheim & L. F. Campbell (Eds.), *APA Handbook of Clinical Psychology: Vol. 5. Education and Profession* (pp. 209-222). American Psychological Association.
- Wise, E. H., Hersh, M. A., & Gibson, C. M. (2012). Ethics, self-care and well-being for psychologists: Reenvisioning the stress-distress continuum. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 487–494. doi: 10.1037/a0029446

Anexos

Anexo A: E-mail convite enviado às instituições/associações de psicoterapia

Bom dia/Boa tarde,

O presente estudo decorre na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, no âmbito da realização de duas dissertações de mestrado. Esta investigação tem como objetivo principal o estudo do autocuidado e variáveis relevantes na prática da psicologia clínica, e a adaptação para Portugal de uma medida de autocuidado para psicólogos clínicos (*Self-Care Assessment for Psychologists* de Katherine E. Dorociak, Patricia A. Rupert, Fred B. Bryant, e Evan Zahniser), consistindo no preenchimento de um questionário *online* com uma duração aproximada de 10-20 minutos.

Apesar da temática do autocuidado ser de extrema importância para a psicologia clínica, e para a promoção da saúde mental dos psicólogos clínicos e psicoterapeutas, a investigação ainda é reduzida, principalmente em Portugal. Assim, a sua colaboração no presente estudo torna-se uma importante contribuição para o crescimento de estudos nesta área, mais especificamente para a compreensão da relação entre o autocuidado e a regulação das necessidades psicológicas e bem estar dos psicólogos clínicos; e para a adaptação de uma nova medida que permita explorar melhor este constructo.

Para a participação neste estudo, os critérios são os seguintes:

- Ser psicólogo a exercer psicologia clínica
- Ser de nacionalidade portuguesa
- Ser membro efetivo da Ordem dos Psicólogos Portugueses

A participação é voluntária, sendo possível desistir a qualquer momento, assim como anónima e confidencial, uma vez que a informação recolhida não permite identificar os participantes, e será apenas utilizada no âmbito desta investigação.

Vimos por este meio pedir a sua colaboração na divulgação do nosso estudo junto aos membros da associação/sociedade que cumprem os critérios de participação.

Deixamos aqui o Link de acesso ao questionário online - https://ulfp.qualtrics.com/jfe/form/SV_9sochU5GUquObrv

Agradecemos desde já a sua colaboração e disponibilidade,

A equipa,

Ana Catarina Nunes da Silva, professora orientadora

Maria Inês Freitas, estudante de mestrado,

Maria João Afonso, professora orientadora

Teresa Reis, aluna de mestrado

Anexo B: Consentimento informado (*online*)

O presente estudo decorre na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, no âmbito da realização de duas dissertações de mestrado das alunas: Maria Inês Freitas, sob orientação da Professora Doutora Ana Catarina Nunes da Silva, e Maria Teresa Santos Coelho da Costa Reis, sob orientação da Professora Doutora Maria João Afonso e co-orientação da Professora Doutora Ana Catarina Nunes da Silva. Esta investigação tem como objetivo principal o estudo do autocuidado e variáveis relevantes na prática da psicologia clínica, e a adaptação para Portugal de uma medida de autocuidado para psicólogos clínicos (*Self-Care Assessment for Psychologists* de Katherine E. Dorociak, Patricia A. Rupert, Fred B. Bryant, e Evan Zahniser), consistindo no preenchimento de um questionário *online* com uma duração aproximada de 10-20 minutos.

Para a participação neste estudo, os critérios são os seguintes:

- Ser psicólogo a exercer psicologia clínica
- Ser de nacionalidade portuguesa
- Ser membro efetivo da Ordem dos Psicólogos Portugueses

A sua participação ocorrerá numa única ocasião. É voluntária, podendo desistir a qualquer momento, assim como anónima e confidencial, uma vez que a informação recolhida não permite identificar os participantes, e será apenas utilizada no âmbito desta investigação. Caso deseje receber informação sobre os resultados principais deste estudo, poderá deixar o seu endereço electrónico num espaço que lhe será indicado. No caso de alguma dúvida ou necessidade de esclarecimento, poderá contactar-nos através dos seguintes endereços eletrónicos: freitas1@campus.ul.pt ; maria.teresa.reis@campus.ul.pt .

Agradecemos desde já a sua colaboração e disponibilidade,

A equipa,
Ana Catarina Nunes da Silva,
Maria Inês Freitas,
Maria João Afonso,
Teresa Reis.

Anexo C: Quadro C1 – características dos participantes

Características dos participantes (n=87)

Características		Frequência
Sexo	Feminino	75
	Masculino	12
Contexto de trabalho	Público	30
	Privado	57
Formação em psicoterapia	Sim	61
	Não	26
Tipo de formação em psicoterapia	APTCCI	19
	EMDR	5
	Terapia familiar	5
	Dinâmica	5
	Outros	5
	Grupoanálise	3
	Psicoterapia psicanalítica	3
	APTCCI + EMDR	
	Psicodrama	2
	Psicanálise relacional	2
	Sistêmica familiar e comunitária	2
	Existencial	1
	EMDR + Hipnose	1
	Dinâmica + EMDR	1
	Hipnose + EMDR + TRVC	1
	EMDR + Hipnoanálise	
	APTCCI + Construtivista	1
	Psicoterapia Cognitiva	1
	Psicoterapias breves	
	Terapia Gestalt	1
		1
Faixa etária da população-alvo	Adultos	32
	Crianças + adolescentes + adultos	27
	Adolescentes + adultos	16
	Crianças	3
	Crianças + adultos	2
	Adolescentes	1
Supervisão	Sim	54
	Não	33
Frequência de supervisão	Mensal	20
	Quinzenal	19
	Semanal	6
	Esporadicamente	3
	Bi-semanal	2
	Duas vezes por mês	2
	Trimestral	2

Anexo D: Escala de Avaliação de Autocuidado para Psicólogos (EAAP)

Escala de Avaliação de Autocuidado para Psicólogos (EAAP)

Para cada questão, pedimos que indique com que frequência pratica os comportamentos que lhe serão apresentados. Escolha a alternativa que melhor se ajusta à sua situação, numa escala de 1 (*Nunca*) a 7 (*Sempre*).

1. Cultivo relações profissionais com os meus colegas.	1	2	3	4	5	6	7
2. Evito isolar-me no local de trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
3. Partilho os meus stresses de trabalho com colegas de confiança.	1	2	3	4	5	6	7
4. Partilho experiências de trabalho positivas com os meus colegas.	1	2	3	4	5	6	7
5. Mantenho um sistema de apoio profissional.	1	2	3	4	5	6	7
6. Participo em atividades que promovem o meu desenvolvimento profissional.	1	2	3	4	5	6	7
7. Mantenho contacto com organizações da minha comunidade profissional que são importantes para mim.	1	2	3	4	5	6	7
8. Participo em eventos sociais e comunitários relacionados com o trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
9. Encontro maneiras de me manter atualizado(a) ao nível do conhecimento profissional.	1	2	3	4	5	6	7
10. Maximizo o tempo em atividades profissionais de que gosto.	1	2	3	4	5	6	7
11. Passo tempo com pessoas cuja companhia eu aprecio.	1	2	3	4	5	6	7
12. Passo tempo com a família ou amigos.	1	2	3	4	5	6	7
13. Procuro atividades ou pessoas com as quais me sinto confortável.	1	2	3	4	5	6	7

14. Encontro maneiras de promover um sentimento de conexão social e de pertença na minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
15. Tento manter-me consciente dos meus sentimentos e necessidades.	1	2	3	4	5	6	7
16. Monitorizo os meus sentimentos e reações face aos clientes.	1	2	3	4	5	6	7
17. Estou consciente dos estímulos que desencadeiam ou aumentam o stresse profissional.	1	2	3	4	5	6	7
18. Faço um esforço proativo para gerir os desafios da minha atividade profissional.	1	2	3	4	5	6	7
19. Faço pausas ao longo do dia de trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
20. Retiro algum tempo para relaxar todos os dias.	1	2	3	4	5	6	7
21. Evito comprometer-me excessivamente com responsabilidades do trabalho.	1	2	3	4	5	6	7

Anexo E: Questionário Sociodemográfico

Questionário Sociodemográfico

Género - F/M/Outro

Idade -

Estado civil - Solteiro/Casado/União de facto/ Viúvo/Divorciado

Tem formação em psicoterapia? Se sim, qual

Anos de experiência na prática clínica -

Número médio de casos atendidos por semana -

Número médio de horas de trabalho por semana -

Faixa etária da população com que trabalha - Crianças/ Adolescentes/ Adultos

Tem supervisão? Sim/Não

Com que frequência tem supervisão?

Contexto:

Privado (Hospital /Consultório privado/Outro)

Público (Hospital /Centro de saúde/Clínica/Ipss/Centro de dia/Outro)

Caso queira receber informação sobre os resultados pós-estudo deixe aqui o seu endereço de E-mail -

Anexo F: Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP)

Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP) (Ryff, 1989; adaptação portuguesa: Novo, Duarte-Silva, & Peralta, 2004)

As afirmações que a seguir se apresentam pretendem ajudá-lo(a) a descrever o modo como avalia o seu bem-estar e a satisfação consigo próprio(a). Leia cuidadosamente cada uma delas e, em seguida, escolha a resposta que melhor se aplica a si próprio(a). Deverá indicar o número que corresponde ao seu grau de concordância/discordância com cada uma das afirmações, observando as seguintes possibilidades:

1- *Discordo completamente* 2- *Discordo em grande parte* 3- *Discordo parcialmente*
4- *Concordo parcialmente* 5- *Concordo em grande parte* 6- *Concordo completamente*

1. Não tenho medo de exprimir as minhas opiniões mesmo quando elas são contrárias às opiniões da maioria das pessoas.
2. Sinto-me, frequentemente, “esmagado(a)” pelo peso das responsabilidades.
3. Penso que é importante ter novas experiências que ponham em causa a forma como pensamos acerca de nós próprios e do mundo.
4. Manter relações estreitas com outros tem-me sido difícil e frustrante.
5. Não tenho bem a noção do que estou a tentar alcançar na vida.
6. Quando revejo a minha vida, fico contente com a forma como as coisas correram.
7. Tenho tendência para me preocupar com o que as outras pessoas pensam de mim.
8. Sou capaz de utilizar bem o meu tempo de forma a conseguir fazer tudo o que é preciso fazer.
9. Sinto que, ao longo do tempo, me tenho desenvolvido bastante como pessoa.
10. Sinto que tiro imenso partido das minhas amizades.
11. Tenho prazer em fazer planos para o futuro e trabalhar para os tornar realidade.
12. Gosto da maior parte dos aspetos da minha personalidade.
13. Tenho tendência a ser influenciado(a) por pessoas com opiniões firmes.
14. Tenho dificuldade em organizar a minha vida de forma a que me satisfaça.

15. Há muito tempo que desisti de fazer grandes alterações ou melhoramentos na minha vida.
16. Não tive a experiência de ter muitas relações calorosas e baseadas na confiança.
17. Em última análise, olhando para trás, não tenho bem a certeza de que a minha vida tenha valido muito.
18. Em muitos aspetos sinto-me desiludido(a) com o que alcancei na minha vida.

Anexo G: Escala de Stresse Percebido (PSS-10)

Escala de Stresse Percebido (PSS-10) (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983; adaptação portuguesa: Trigo, Canudo, Branco, & Silva, 2010)

Para cada questão, pedimos que indique com que frequência se sentiu ou pensou de determinada maneira, **durante o último mês**. Apesar de algumas perguntas serem parecidas, existem diferenças entre elas e deve responder a cada uma como perguntas separadas. Responda de forma rápida e espontânea. Para cada questão, escolha a alternativa que melhor se ajusta à sua situação.

0 - Nunca. 1 - Quase nunca. 2 - Algumas vezes. 3 - Frequentemente. 4 - Muito frequentemente.

1. No último mês, com que frequência esteve preocupado(a) por causa de alguma coisa que aconteceu inesperadamente?
2. No último mês, com que frequência se sentiu incapaz de controlar as coisas importantes da sua vida?
3. No último mês, com que frequência se sentiu nervoso(a) e em stresse?
4. No último mês, com que frequência sentiu confiança na sua capacidade para enfrentar os seus problemas pessoais?
5. No último mês, com que frequência sentiu que as coisas estavam a correr à sua maneira?
6. No último mês, com que frequência sentiu que não aguentava com as coisas todas que tinha para fazer?
7. No último mês, com que frequência foi capaz de controlar as suas irritações?
8. No último mês, com que frequência sentiu ter tudo sob controlo?
9. No último mês, com que frequência se sentiu furioso(a) por coisas que ultrapassaram o seu controlo?

10. No último mês, com que frequência sentiu que as dificuldades se estavam a acumular tanto que não as conseguia ultrapassar?

Anexo H: Correlações Inter-Item das cinco escalas da EAAP

Quadro 7. *Correlações Inter-Item APOIO PROFISSIONAL*

Itens	1	2	3	4	5
1	1	.40	.67	.83	.68
2	.40	1	.46	.47	.36
3	.67	.46	1	.77	.65
4	.83	.47	.77	1	.71
5	.68	.36	.65	.71	1

Média de correlações inter-itens: .60

Quadro 8. *Correlações Inter-Item DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL*

Itens	6	7	8	9	10
6	1	.69	.40	.67	.45
7	.69	1	.48	.58	.56
8	.40	.48	1	.40	.50
9	.67	.58	.40	1	.57
10	.45	.56	.50	.57	1

Média de correlações inter-itens: .53

Quadro 9. *Correlações Inter-Item EQUILÍBRIO DE VIDA*

Itens	11	12	13	14
11	1	.66	.57	.58
12	.66	1	.66	.61
13	.57	.66	1	.75
14	.58	.61	.75	1

Média de correlações inter-itens: .64

Quadro 10. *Correlações Inter-Item ESTRATÉGIAS COGNITIVAS*

Itens	15	16	17	18
15	1	.50	.41	.53
16	.50	1	.63	.65
17	.41	.63	1	.67
18	.53	.65	.67	1

Média de correlações inter-itens: .56

Quadro 11. *Correlações Inter-Item EQUILÍBRIO DIÁRIO*

Itens	19	20	21
19	1	,600	,368
20	,600	1	,365
21	,368	,365	1

Média de correlações inter-itens: .44

Anexo I: Gráfico de *Scree Plot* da EAAP

